



Università Politecnica delle Marche

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Tesi di Laurea

**Gioco, Sport, Attività Neuromotoria a
supporto della Disprassia**

Relatore:

Dott.ssa Raffaella Maggi

Laureanda:

Caterina Belvederesi

Anno Accademico 2020-2021

INDICE

INTRODUZIONE	1
1.DISPRASSIA	2
1.1 definizione e caratteristiche	2
1.2 disprassia e similarità	12
2.PRATICHE DI INTERVENTO E TRATTAMENTI ABILITATIVI	14
2.1 gioco e sport: movimento e abilità cognitive	14
2.2 teoria prassico-motoria e champion pressing	21
3.SINDROME DI DOWN E SPORT	34
3.1 analisi e situazione di partenza	34
3.2 progetto	37
3.3 verifica in itinere e valutazione finale	40
3.4 l'agire dell'educatore professionale	46
CONCLUSIONE	49
BIBLIOGRAFIA	50
SITOGRAFIA	53

INTRODUZIONE

In questo lavoro mi propongo di analizzare il rapporto fra movimento e cognitività; fra gioco, sport e attività neuromotoria come strumenti riabilitativi e di attivazione neuronale per il miglioramento dell'apprendimento e delle abilità motorie, applicate al contesto della disabilità e in particolare a supporto della disprassia: sindrome che si manifesta come un disordine qualitativo delle funzioni esecutive che, in assenza di danni organici, necessita di un trattamento educativo-riabilitativo incentrato sul recupero e sullo sviluppo delle potenzialità dell'individuo.

Lentezza nell'incipit, disordine nella sequenzialità e disturbi della coordinazione sono alcuni fra i sintomi che compaiono in soggetti con diagnosi disprassica e che si riflettono non solo in disfunzioni nell'area motoria, ma anche in quella cognitiva e dell'apprendimento. Tali caratteristiche sono associate anche ad altre patologie, come Sindrome di Down o Disturbo dello Spettro Autistico, che permettono alla disprassia di essere inserita nell'area dei disturbi del neurosviluppo.

Da sempre l'attività motoria e ludica è utilizzata per migliorare numerosi aspetti della vita dell'uomo: da quelli fisici a quelli cognitivi, emozionali e relazionali, incrementando l'autostima e il benessere psico-fisico del soggetto. La scelta, nel voler trattare questo argomento, nasce dall'esperienza di tirocinio svolta in questo ultimo anno di studi presso la cooperativa sociale *L'isola che non c'è*, nella quale ho strutturato un progetto educativo riabilitativo che vedeva il basket come attività centrale per la realizzazione di un intervento mirato al raggiungimento del massimo grado di autonomia e al miglioramento della qualità di vita, rivolto ad una ragazza con diagnosi di Sindrome di Down.

Questo elaborato intende riflettere sul valore terapeutico che il gioco, lo sport e l'attività neuromotoria svolgono nell'ambito della disabilità e di come funzioni motorie e cognitive si influenzino reciprocamente, giustificando di fatto gli effetti che il movimento provoca sull'apprendimento e sulle relazioni sociali.

1. LA DISPRASSIA

1.1 Definizione e caratteristiche

La prassia¹, dal termine greco *praxis*, indica la capacità di agire in modo intenzionale; è l'azione, il gesto che si effettua in maniera intenzionale e coordinata e che dunque presuppone una sequenzialità.

Lo studioso Piaget definisce la prassia come un sistema di movimenti coordinati in funzione di un risultato o di uno scopo².

Seppur agli inizi del '900 il termine prassia faceva riferimento solamente all'ambito della motricità, nel corso degli anni ha assunto un'accezione più ampia indicando tutto l'agire umano in quanto movimento che si verifica in un tempo e in uno spazio, includendo in esso tutte le funzioni esecutive.³

Dal concetto di prassia e nello specifico dai disturbi della coordinazione motoria si generano i paradigmi di aprassia e disprassia⁴.

L'aprassia è la patologia, in senso stretto, che colpisce la prassia ed è da intendersi come una mancanza della capacità di svolgere un'azione a causa della perdita o dell'assenza della funzione e generalmente si riferisce all'adulto⁵, nonostante sia una condizione non sempre distinta dalla disprassia⁶. Nel soggetto adulto l'aprassia determina un deficit della capacità di realizzare azioni precedentemente acquisite e consolidate⁷.

Al paradigma dell'aprassia, inteso come disfunzione dell'esecuzione coordinata delle azioni, possono darsi anche motivi di natura organica:

¹ P.CRISPIANI, *Hermes 2014 glossario scientifico professionale*, Parma, 2013, Edizioni Junior, p. 226.

² J.PIAGET, *Les praxies chez l'enfant*, Rivista di neurologia, 1960.

³ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, op. cit.

⁴ Ibidem.

⁵ D.VOZA, *Disprassia evolutiva: criteri clinici e principi di trattamento riabilitativo*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/>, (data ultima consultazione 28 agosto 2021).

⁶ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, cit., p.33.

⁷ L. VAIVRE-DOURET, *Development coordination disorders: state of art*, Clinical neurophysiology, 2014.

- Danno al corpo calloso
- Corpo calloso immaturo
- Callosotomia: recisione del corpo calloso con conseguenti disfunzioni degli scambi interemisferici
- Commissurotomia: recisione di tutte le connessioni inter-emisferiche
- Agenesia: assenza del corpo calloso⁸

Per corpo calloso consideriamo una sezione del cervello che connette zone omologhe dei due emisferi. L'assenza o la lesione o la recisione del corpo calloso (callosotomia) determina delle disfunzioni dello scambio interemisferico a vari disordini funzionali⁹.

In età evolutiva si utilizza invece il termine disprassia: un disordine contrassegnato dall'assenza di acquisizione della capacità di compiere azioni o attività motorie complesse e volontarie in conformità al periodo dello sviluppo del soggetto¹⁰. Tale stato di disorganizzazione dell'esecuzione di gesti o movimenti organizzati e volontari si manifesta seppur in assenza di impedimenti organici o deficit sensoriali¹¹. Non è un disordine motorio conseguente a patologie quanto piuttosto, in generale, una sindrome congenita (presente fin dalla nascita) e che accompagna lo sviluppo della persona (per questo motivo è denominata anche come disprassia evolutiva)¹².

Il termine disprassia assume il significato di azione disturbata, o contrariata, quindi una condizione che riguarda le funzioni esecutive umane e la loro qualità (disordine qualitativo funzionale), rispetto a cui il disturbo consta di un *disordine* ed attiene ai disturbi qualitativi e funzionali¹³.

La disprassia viene definita come un disturbo dell'esecuzione di un qualsiasi gesto o azione volontaria: è la difficoltà di programmare, coordinare e

⁸ P.CRISPIANI, *Ippocrate pedagogico: manuale professionale di Pedagogia speciale e della Abilitazione e Riabilitazione*, Chiaravalle, 2019, ISTITUTO ITARD, p.53.

⁹ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, p.83.

¹⁰ L. VAIVRE-DOURET, *Development coordination disorders: state of art*, Clinical neurophysiology, cit.

¹¹ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, op. cit., p. 108.

¹² P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p. 54.

¹³ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, op. cit.

controllare gli atti motori necessari a raggiungere uno scopo, da non confondere con il concetto di capacità motoria in senso stretto¹⁴.

È da intendersi come una incapacità di eseguire atti motori finalizzati ed intenzionali: l'esecuzione di un atto intenzionale presuppone l'integrità delle strutture che rendono possibile l'azione. Nei bambini non disprattici sono presenti due tipologie di strutture:

- 1- Strutture processanti: comprendono le funzioni di base come percezione, azione, memoria.
- 2- Processi di controllo: organizzano le funzioni cognitive di base¹⁵.

In soggetti affetti da sindrome disprassica invece queste strutture sono compromesse: ne deriva dunque un ritardo nell'acquisizione di funzioni e o la presenza di strategie stereotipate e poco flessibili, che rendono difficile l'apprendimento di compiti nuovi. Tali individui hanno bisogno di pensare alla pianificazione dei movimenti che hanno difficoltà ad automatizzare.¹⁶

L'ICD-10 (*International Classification of Diseases*) considera la disprassia evolutiva come un disturbo evolutivo specifico della funzione motoria (F82) inserendola nell'area dei disturbi dello sviluppo psicologico, in particolare nell'ambito delle patologie mentali e del comportamento. Tale sindrome viene definita come un disturbo il cui tratto distintivo è un'importante difficoltà nella coordinazione motoria (si manifesta fin dalle prime fasi dello sviluppo), ma non è riconducibile ad un deficit neurologico.¹⁷

Il concetto di disprassia evolutiva ha subito durante il corso degli anni, a partire dal '900, un'ampia evoluzione e crescita concettuale.

Si è partiti dalla definizione che H.Liepmann (1905) affidò al fenomeno dell'aprassia, come deficit dei meccanismi neurofunzionali che controllano i movimenti appresi, volontari, complessi, finalizzati. Successivamente Duprè conia il termine di debolezza motoria (*débilisé motrice*) come:

¹⁴ L. SABBADINI, *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*, Milano, 2013, Springer.

¹⁵ G. SABBADINI, *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Bologna 2015, Zanichelli.

¹⁶ D.VOZA, *Disprassia evolutiva: criteri clinici e principi di trattamento riabilitativo*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/> (data ultima consultazione 29 agosto 2021).

¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: W.H.O. 1992.

- goffaggine dei movimenti spontanei e richiesti;
- presenza di movimenti involontari associati a movimenti volontari;
- difficoltà/impossibilità di rilasciamento volontario dei muscoli.¹⁸

Il concetto di goffaggine motoria viene poi ripreso da Collier, definendo un gruppo di bambini maldestri congeniti (*maladroits congenitaux*), e nel 1925 da Samuel T.Orton che la identifica come uno dei più comuni disordini dello sviluppo, riconoscendone differenti tipologie nell'ambito dei disturbi motori e dei disordini motori in età evolutiva. L'incoordinazione motoria poteva dunque riflettersi:

- a) sia in difficoltà di pianificazione motoria (disordine prassico su base neurologica);
- b) sia in difficoltà causate da scarse cognizioni spaziali ritenute indipendenti da fattori neurologici.¹⁹

Negli anni '70 circa, nello specifico con l'intervento di de Ajuriaguerra, ci si discosta dalla concezione univoca della disprassia come disordine motorio sottolineando la presenza di disordini dello schema corporeo e di disordini costruttivi e spaziali. La disprassia assume l'accezione di disordine non solo motorio ma anche percettivo, gnosico e concettuale.²⁰

Nel DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) appare come DCD, *Developmental Coordination Disorder*²¹ (disturbo evolutivo della coordinazione motoria), disturbo affidato allo scoordinamento grosso e fine motorio che causa un livello di prestazioni inferiore rispetto all'età e alla fase dello sviluppo intellettuale.²²

Qualche decennio più tardi, autori come Walton, Ellis, Court, Gubbay riaffrontano il tema della goffaggine tramite l'osservazione di bambini maldestri

¹⁸ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit. p.51.

¹⁹ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p.52.

²⁰ G.FILIPPI, *La storia del concetto di "disprassia": implicazioni per l'agire riabilitativo*, Riabilitazione Neurocognitiva 2006.

²¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA; 2000), DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington D.C. (Tr. It: DSM-IV-TR. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Text Revision, Milano 2004, Masson.

²² P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, cit., p.52.

(*clumsy children*, bambini goffi, impacciati) identificandolo come individui con difficoltà motorie in assenza di deficit neurologici noti.²³

Lo studio ancora più approfondito di Gubbay sul tema dei bambini goffi ha rivelato come molti dei soggetti presi in osservazione oltre ad essere impacciati e maldestri, presentino anche difficoltà di linguaggio e di scrittura, pur in presenza di un QI nella norma rispetto all'età di sviluppo. Lo stesso autore differenzia due tipologie di QI: verbale e di performance, sottolineando che il secondo appare di un livello più basso, e dunque inferiore rispetto al primo, in questi bambini. Ne deriva la definizione di bambino «goffo», dotato di competenze cognitive normali, adeguata forza fisica e livello neurosensoriale ma con notevoli limitazioni nei movimenti intenzionali e finalistici.²⁴

A.J. Ayres mostra come lo sviluppo motorio e lo sviluppo percettivo si influenzino vicendevolmente portando ad intendere la disprassia come un disordine dell'integrazione neurosensoriale che interferisce con la pianificazione, la programmazione e l'esecuzione dell'azione.²⁵

Denkla, nel 1984, discute riguardo la scarsità delle strategie disponibili nei bambini disprassici, evidenziando come la presenza di goffaggine nei primi anni di vita possa avere un valore predittivo per la comparsa di disturbi dell'apprendimento in età scolare²⁶.

Successivamente alcuni autori, quali Miller ed Henderson, hanno definito la disprassia tramite parametri qualitativi e quantitativi più definiti, seppur limitandoli ad un disturbo di tipo motorio e ad un deficit esecutivo. Alcune caratteristiche della sindrome sono:

- difficoltà nella coordinazione motoria generale (camminare con un'andatura sciolta, correre);
- difficoltà nella coordinazione motoria fine e delle abilità costruttive e grafo motorie;

²³ *Ibidem*.

²⁴SS. GUBBAY, *The clumsy child: a Study of Developmental Apraxic and Agnosic Ataxia*, Philadelphia 1975, W.B. Saunders C.

²⁵ A.J. AYRES, *Developmental Dyspraxia and Adult-Onset Apraxia: A Lecture Prepared for Sensory Integration International*, Torrance 1985.

²⁶ P. CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p. 52.

- difficoltà nell'acquisizione di abilità riferite alla vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, mettere le scarpe ecc.);
- ritardo nella stabilizzazione della dominanza manuale;
- difficoltà nello schema corporeo;
- disorientamento temporo-spaziale;
- QI di performance più basso rispetto al QI verbale;
- Deficit in ambito neuropsicologico (delle funzioni mnesiche, attentive e rappresentative);
- Difficoltà sul piano emotivo-comportamentale.²⁷

Gli indicatori della sindrome della disprassia presentano condotte disordinate e lente alle quali si alternano delle conduzioni precipitose o precise (se insistenti appaiono quasi maniacali): ordine/disordine, lento/veloce. E' dunque rilevante nella causa del disturbo la lenta neuro attivazione, identificata come lentezza nell'incipit che rende instabile l'esecuzione di relative azioni. Infatti il bambino disprassico necessita di tempi più lunghi e manifesta lentezza esecutiva sia in attività della vita quotidiana sia nelle attività scolastiche.

Alcune conseguenze causate da lentezza dell'incipit possono essere:

- ritardo nella concentrazione;
- smarrimento nelle consegne improvvisate;
- disorientamento al compito;
- demotivazione.²⁸

Alla disprassia evolutiva, nel senso più ampio del disturbo, si presentano più specifiche manifestazioni²⁹, anche queste di natura funzionale e qualitativa:

- a) disprassia posturale: della tenuta e delle posture corporee;
- b) disprassia assiale: della regolazione dell'asse corporeo;
- c) disprassia ideomotoria: disordine del circuito ideo-motorio che comporta disordine esecutivo;
- d) disprassia visuo-motoria;

²⁷ L.SABBADINI, *La disprassia in età evolutiva: criteri di valutazione ed intervento*, Milano 2005, Springer-Verlag.

²⁸ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, cit., p.54.

²⁹ *Ivi*, p.55.

- e) disprassia ideativa: dei processi disordine dell'ideazione del gesto e nella produzione di idee e concetti con conseguente smarrimento della dinamica del senso del proprio agire (agnosia³⁰: termine utilizzato per indicare il disordine o l'incapacità di percepire gli stimoli);
- f) disprassia orale (linguistica): dell'eloquio, motricità orale;
- g) disprassia dell'integrazione sensoriale: disordine dell'organizzazione spaziale e disordine dell'organizzazione temporale.

Nel bambino disprassico si ipotizza, per la maggior parte dei casi, che alcune aree del Sistema Nervoso Centrale (SNC) non siano mature abbastanza da poter permettere la pianificazione, programmazione ed esecuzione dell'abilità e dell'azione finalizzata. Il processo sarebbe così disturbato o interrotto per una lentezza di trasmissione a causa di una interruzione nella rete sinaptica.³¹

Il sistema motorio è collegato al funzionamento di circuiti corticali (corteccia fronto-parietale, corteccia sensoriale) e sottocorticali (gangli della base, cervelletto), il cui compito è pianificare ed eseguire il movimento su spinta di informazioni che provengono dal sistema percettivo, ovvero quello sensoriale e soprattutto quello visivo.³²

Nella superficie corticali possono verificarsi delle situazioni funzionali non ottimali che provocano disfunzioni ad ampio spettro che tendono a compromettere diverse prestazioni come quelle motorie e percettive, i coordinamenti, l'organizzazione spazio-temporale.

Il funzionamento ad ogni livello (encefali, corteccia, relative connessioni) di un cervello, sostenuto da reti ed organizzazione, è regolato dall'unione di connessioni neurali e di sinapsi, con flussi di scambi neurali per l'esecuzione valida delle prestazioni umane di ogni tipo.³³

³⁰ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, cit., p.21.

³¹ M.M.Portwood, *Developmental dyspraxia: A practical manual for parents and professionals*, Durham 1996, L.E.A., <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/> (data ultima consultazione 01 settembre 2021).

³² R.C.Russo, *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Ambrosiana seconda edizione 2000.

³³ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p.33.

Il concetto di organizzazione neurologica³⁴ rimanda da un lato alla percezione integrata del SNC, dall'altro alla visione più biologica e fisiologica dell'organizzazione intesa come sistema: entità nella quale è presente sia un'interazione interna sia una elevata interazione esterna. Se l'integrazione è la caratteristica più evidente del cervello, ogni difetto funzionale si esprime in una disorganizzazione globale.³⁵

L'organizzazione neurologica è quella condizione fisiologicamente ottimale che esiste unicamente, e nella sua espressione più completa, nell'uomo ed è il risultato di uno sviluppo neurale ontogenetico globale ed ininterrotto, che ricapitola lo sviluppo neurale filogenetico: esso ha inizio durante il primo trimestre di gestione e termina a circa sei anni e mezzo di vita nell'essere umano normale³⁶.

L'organizzazione è costituita da intrecci di connessioni neurali chiamati circuiti, il cui compito è la regolazione del cervello su due livelli:

- a. livello corticale: tra i centri neurali della corteccia attraverso l'intreccio delle vie corticali fra le zone e delle relative sinapsi (reticolo corticale);
- b. livello sub-corticale: tra i centri della corteccia e i corrispettivi sottocorticali dell'encefalo, fino ai nuclei della base.

Una scarsa organizzazione o una vera e propria disorganizzazione neurologica (in presenza di un danno cerebrale) delle interazioni corticali e dunque dei circuiti corticali (strutture che permettono e regolano l'azione lungo un continuum di sequenzialità) generano una condizione di disturbo dell'organizzazione neurologica.³⁷ Si tratta di una disfunzione a carico del reticolo corticale e dei flussi di informazione fra l'emisfero destro e quello sinistro e fra le aree della corteccia. Queste lesioni, non apprezzabili a livello strumentale in quanto micro lesioni, comportano un disturbo dei flussi nei circuiti e di conseguenza l'interruzione delle funzioni, perdita di fluidità

³⁴ P. CRISPIANI, *Hermes 2014*, op. cit., p.212.

³⁵ P. PFANNER, M. MARCHESCHI, *Le cerebropatie croniche non evolutive*, in F. Guzzetta (a cura), *Neurologia infantile*, Padova 1987, Piccin.

³⁶ P. CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, cit., p. 32.

³⁷ *Ibidem*.

nell'esecuzione dell'azione, lentezza nell'incipit, errori funzionali.³⁸ In presenza di disfunzioni nei circuiti corticali, la funzione degli stessi non è impedita quanto difficoltà, il lavoro è deficitario. In particolare nelle aree motoria e linguistica l'alterazione dell'esecuzione del compito risulta marcata poiché sono zone che richiedono una intensa connessione fra le aree corticali e un forte impegno dei circuiti corticali. Lo stato di disorganizzazione neurologica, manifesto tramite segnali deboli, conduce ad una condizione di disordine e dunque qualitativa: in questo senso la disprassia rientra nella definizione di sindrome qualitativa piuttosto che quantitativa.³⁹

La disorganizzazione neurologica, nell'accezione più ampia del termine, esprime la mancanza di differenziazione e coordinazione delle parti che nel loro insieme non riescono a comporre un tutto funzionale.⁴⁰ Appare come una condizione di anomalia neurobiologica che disturba la normale funzionalità di compiti che richiedono coordinamento e sequenzialità nell'esecuzione. La mancanza o l'insufficienza di dopamina ostacola la neurotrasmissione tra le aree corticali e subcorticali causando disfunzioni delle facoltà percettive, attentive, motorie, coordinative ecc. e riducendo la connessione interemisferica: i due emisferi non sono più connessi in maniera ottimale (a causa della recisione del corpo calloso) e le funzioni che richiedono scambio bilaterale risultano disturbate, in ritardo e talvolta assenti.⁴¹

Un organo ritenuto responsabile per lo svolgimento delle funzioni umane è il cervelletto che, in connessione con le aree motorie, permette la coordinazione motoria e cognitiva, lo svolgersi di schemi motori in maniera ordinata nel tempo e nello spazio e dunque consente una organizzazione sequenziale degli atti motori.⁴² Per queste sue caratteristiche viene considerato come organo della successione che riceve un elevato numero di informazioni sensoriali, partecipando alla costruzione del movimento:

³⁸ *Ivi*, p.33.

³⁹ *Ibidem* p. 34-35.

⁴⁰ U.GALIMBERTI, *Dizionario di psicologia*, Torino 1992, UTET.

⁴¹ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p.35.

⁴² G.M.EDELMAN, *Topobiologia* 1988, tr. It. Bollari, Boringhieri, Torino 1993.

- non è necessario per iniziare il movimento (ha inizio nella corteccia motoria);
- viene stimolato dalle cellule di Purkinje dalle quali si attivano delle specifiche sequenze di risposte che vengono trasmesse al cervelletto e poi rindirizzate alla corteccia cerebrale;
- è essenziale per la coordinazione temporale e per il controllo dei riflessi durante le sequenze motorie;
- regola insieme alla corteccia l'ordinamento degli output ai muscoli, quindi del movimento.

Questo mostra come lesioni al cervelletto siano all'origine di disturbi del coordinamento e delle sequenze delle azioni umane e come la disfunzione dello stesso generi:

- disordine esecutivo;
- incertezza delle proceduralità o sequenzialità;
- disorganizzazione della temporalità.⁴³

La disorganizzazione neurologica porta ad una esecuzione disordinata delle azioni intenzionali e volontarie dell'essere umano definibili come Disfunzioni Esecutive che rientrano nelle condizioni di deficit e disordine delle prassie generali e che si manifestano come lentezza, randomizzazione, disfluenza e incoordinazione.

Per Funzioni Esecutive⁴⁴ si intendono quei processi di ideazione, attivazione, controllo e coordinazione di tutto l'agire umano finalistico e intenzionale, in un'ottica qualitativa: il loro inadeguato esercizio è perciò manifesto in disprassia, disordini prassici-motori, dislessia, Spettro Autistico, ecc.

La disprassia è un disordine funzionale qualitativo nella esecuzione coordinata di azioni volontarie nel tempo e nello spazio in assenza di impedimenti organici o di deficit sensoriali. Si accompagna a lentezza, difficoltà negli automatismi motori rapidi, nell'integrazione sensoriale e nella grafo motricità.⁴⁵

⁴³ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, cit. p.64.

⁴⁴ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, cit., p.44.

⁴⁵ *Ivi*, p.59.

Per la diagnosi della disprassia, considerata come Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria (DCD), vengono utilizzati test come il *Movement Assessment Battery for Children-2* (MABC-2)⁴⁶ che permette una valutazione quantitativa delle difficoltà motorie che potrebbero influenzare le azioni quotidiane del bambino o altri strumenti quale il Protocollo per la valutazione delle Abilità Prassiche e della Coordinazione Motoria (APCM)⁴⁷, più incentrato sulla valutazione delle funzioni adattive (abilità prassiche) e della coordinazione motoria. È comunque necessaria una conoscenza approfondita della storia medica, evolutiva e scolastica del bambino. Anche una valutazione meno quantitativa ma più qualitativa e funzionale e a tutte le competenze intellettive, oltre che quelle motorie, consente di individuare punti di forza e abilità che il bambino già possiede così da poter creare un progetto e un percorso di trattamento riabilitativo più adeguato alle necessità del soggetto.⁴⁸

1.2 Disprassia e similarità

Nella prassi clinica la disprassia si differenzia in disprassia primaria o pura e in disprassia secondaria. La prima esprime una condizione prettamente qualitativa poichè non è associata ad altra patologia e non presenta segni neurologici differenti. La seconda invece è associata ad altre sindromi e patologie come Sindrome di Down, Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, ADHD (Disturbo da Deficit dell'attenzione ed iperattività)⁴⁹. Correlata alla forma generalizzata di disprassia evolutiva può accadere che ci sia nello stesso bambino uno o più tipi di disprassia (disprassia dello sguardo, del disegno, verbale, ecc.) ed inoltre, per le sue forme qualitative, funzionali ed esecutive, essa comprende nel suo insieme

⁴⁶ C.VIO e G. LO PRESTI, *Diagnosi dei disturbi evolutivi*, Erickson 2014

⁴⁷ L.SABBADINI, Y.TSAFRIR, E.IURATO, *Protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria APCM*, Springer 2005

⁴⁸ D.VOZA, *Disprassia evolutiva: criteri clinici e principi di trattamento riabilitativo*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/>, (data di ultima consultazione 4 settembre 2021).

⁴⁹ L.SABBADINI, *La disprassia in età evolutiva: criteri di valutazione ed intervento*, Milano 2005, Springer.

una differenziata classe di deficit all'interno dei disturbi del neurosviluppo: la dislessia, i disordini esecutivi, i disordini verbali, discalculia, disgrafia, disturbo dello spettro autistico.⁵⁰

Autori come C. Njikiktjien e G.A. Chiarenza⁵¹ hanno rilevato una correlazione fra sintomi dello spettro autistico e disordini funzionali dell'emisfero destro:

1. disordini comportamentali e dell'umore;
2. disordini del contatto recettivo;
3. disordini del contatto espressivo.

La stessa inadeguata funzionalità delle connessioni dell'emisfero destro sono affiancate ai disturbi di apprendimento di tipo non verbale⁵²; mentre disfunzioni dell'emisfero sinistro causano disfasia, disortografia, dislessia.⁵³ Per Piero Crispiani la dislessia è ritenuta una «*Disprassia sequenziale*», per il particolare interessamento del processo basilare della successione e delle sequenze che regolano l'agire.

⁵⁰ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p.41.

⁵¹ P.CRISPIANI, *Dislessia come Disprassia sequenziale. La sindrome dislessica. Dalla diagnosi al trattamento. Le pratiche ecologico-dinamiche*, 2011, Edizioni Junior.

⁵² C.NJIOKIKTIJEN, G.A.CHIARENZA, *Le disprassie dello sviluppo e i disturbi motori associati*, Amsterda, 2008, Suyi Publication.

⁵³ P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, op. cit., p.58.

2. PRATICHE DI INTERVENTO E TRATTAMENTI ABILITATIVI

2.1 Gioco e sport: movimento e abilità cognitive

La disprassia, definita come disturbo funzionale qualitativo, perde l'attributo di disturbo dell'apprendimento motorio e acquista i connotati di un insieme complesso di difficoltà per la costruzione di operazioni cognitive, per la pianificazione, programmazione ed esecuzione delle azioni.⁵⁴

Dunque, se le Funzioni Esecutive risultano essere alla base del comportamento intenzionale del soggetto e ne regolano l'agire motorio, percettivo, emozionale, linguistico e del pensiero⁵⁵, è opportuno riconoscere l'importanza di strumenti come il gioco e lo sport per *«rompere l'apatia della disabilità che blocca il bambino nello sviluppo di nuove competenze»*⁵⁶.

Grazie a studiosi come Piaget, al gioco viene riconosciuto un ruolo centrale per lo sviluppo della sfera cognitiva personale e della personalità⁵⁷: attraverso il gioco il bambino può fare esperienza delle abilità, mettere alla prova le proprie competenze elaborando uno stile d'azione più personale e adeguato alle proprie capacità e testare il proprio agire motorio.

Il gioco assume perciò i connotati di esperienza formativa che è in grado di coinvolgere ogni dimensione della persona: motoria, cognitiva, affettiva, relazionale, sociale⁵⁸:

E' nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé.⁵⁹

⁵⁴ D.GARGANO, *Disprassie evolutive*, Erickson, 2013.

⁵⁵ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani, clinica della dislessia e della disprassia*, 2016, Edizioni Junior.

⁵⁶ C.RIVA, V.FACCHINI, *Amorgioco. Il bambino, la disabilità, il gioco*, Firenze 2005, Fatatrac.

⁵⁷ Per approfondire si vedano i lavori di J. Piaget.

⁵⁸ E.COSTANTINI, *Il gioco è un bene educativo*, Jesi, CSI.

⁵⁹ D.W.WINNICOT, *Gioco e realtà*, 1971, trad. it. Armando, Roma, 2005.

Anche in ambito pedagogico l'attività ludica si presenta come un elemento fondamentale per lo sviluppo del bambino e in particolare per l'apprendimento⁶⁰, in quanto l'individuo è partecipe in maniera attiva e diretta con l'ambiente e sperimenta sul e con il proprio corpo la realtà e le cose che lo circondano. La stessa Maria Montessori valuta il gioco non solo come momento di divertimento e di svago ma ritiene che, se modulato in base alla fase di sviluppo in cui si trovava il bambino, esso riesca a permettere lo sviluppo delle sue funzioni senso-motorie e a educarlo a riconoscerle.

Proprio in questa ottica trova la sua ragion d'essere l'educazione psicomotoria che, basandosi sul gioco spontaneo, permette al bambino attraverso il movimento di esprimere sé stesso e di sviluppare o affinare le sue potenzialità e, inoltre, gli consente di fare esperienza tramite il proprio corpo, apprendendo in maniera attiva e spontanea.

L'attività neuromotoria parte dal piacere di agire e di giocare (che è propria del bambino) e tramite una specifica progettualità e un percorso creato rispettando le esigenze del bambino si arriva ad uno sviluppo psicofisico per mezzo dell'attivazione della motricità e dei processi cognitivi del soggetto⁶¹:

Attraverso il piacere ludico si attiva la motivazione al movimento, alla conoscenza e alla ricerca di un rapporto significativo e funzionale con l'ambiente inteso come spazio, oggetto, movimento, conoscenza.⁶²

Grazie alle potenzialità riscontrate nell'attività ludica, sul piano motorio, cognitivo, relazionale, affettivo, anche i bambini con disabilità fanno esperienza del proprio corpo e vivono concretamente la realtà, percependosi come individui inseriti in un contesto, consapevoli dei propri limiti ma capaci di poter sviluppare autonomie e abilità di cui risultano deficitari.

L'esecuzione ripetuta di esercizi motori all'interno di giochi attiva nuovi circuiti senso motori per un rinforzo dell'orientamento spazio-temporale (elemento

⁶⁰ Per approfondire si vedano i lavori di J.Locke

⁶¹ E.COSTANTINI, Il gioco è un bene educativo, cit., p.56-61

⁶² B.AUCOUTURIER, I.DARRAULT, J.L.EMPINET, *La pratica psicomotoria*, Armando editore

disfunzionale nel disturbo della disprassia), incrementando il livello di autostima e di efficacia prassica di ogni bambino⁶³: i giochi di abilitazione motoria, soprattutto se applicati nelle scuole (ambiente maggiormente frequentato dal bambino) possono contrastare varie forme di disprassia.⁶⁴ Perciò (tenendo in considerazione le caratteristiche della disprassia elencate nel capitolo precedente) il movimento supporta la progettazione di un'azione sotto forma di organizzazione sequenziale finalizzata, attraverso cui le funzioni esecutive e procedurali affini possono migliorare capacità esecutive: pensare, osservare o imitare un movimento consente di strutturare il pensiero procedurale di azioni intenzionali e finalistiche.⁶⁵

Come il gioco anche lo sport diventa strumento abilitativo nella disabilità. L'attività sportiva appartiene al gioco, è una sua forma, ma si distingue da quest'ultimo poiché il movimento diventa più tecnico e specifico⁶⁶, nonostante lo scopo rimanga invariato: utilizzare il movimento per attivare processi cognitivi così da poter migliorare e facilitare l'apprendimento e rendere il soggetto più consapevole del proprio corpo in un'ottica temporo-spaziale. Tramite l'attività motoria il bambino può sperimentare le proprie capacità ed abilità e riconoscere i propri limiti, così da acquisire una maggior conoscenza di sé e aumentare l'autostima.

Tuttavia, se da un lato lo sport e l'attività motoria in generale recano su individui di qualsiasi età benefici sia fisici sia psicologici, dall'altro lato per bambini che presentano delle componenti disprattiche (quindi difficoltà soprattutto nella sfera coordinativa) scegliere e praticare uno sport potrebbe rivelarsi una difficoltà.

La motivazione nella pratica di uno sport assume comunque un ruolo fondamentale nella gestione e nel superamento dei limiti dettati dal disturbo, perciò la scelta dell'attività deve essere accurata:

⁶³ D.LODI,G.SEGHI,M.BARBIERI,N.LOVECCHIO, *Difficoltà di apprendimento: il ruolo dell'attività motoria finalizzata*, Formazione e Insegnamento, European Journal of Research on Education and Teaching, <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/view/2949> (data ultima consultazione 03 settembre 2021).

⁶⁴ M.SPEZZI, *Abilitazione motoria degli alunni con difficoltà di apprendimento*, Viterbo, 2015, Sette Città.

⁶⁵ L.CRAIGHERO, *Neuroni specchio*, Bologna 2014, Il Mulino.

⁶⁶ E.COSTANTINI, *Il gioco è un bene educativo*, cit., p. 74-75

- scegliere uno sport nel quale il bambino è messo continuamente di fronte alle sue difficoltà, insistendo con il lavoro direttamente sul disturbo;
- scegliere uno sport dove le difficoltà fisiche e motorie sono poco rilevanti e incentrando così il lavoro del bambino sul divertimento, svago, senza creare situazioni di competizione con se stesso.⁶⁷

L'attività motoria è essenziale nello sviluppo corporeo, mentale, emozionale del bambino ed è strumento base con cui poter intervenire per riorganizzare la funzionalità di chi manifesta difficoltà motorie, coordinative e di apprendimento (difficoltà scolastiche).⁶⁸ L'attività fisica agisce in maniera positiva sulle abilità cognitive, permettendo un miglioramento delle funzioni esecutive, del controllo inibitorio, della memoria e dell'attenzione: fare sport aumenta la produzione di neurotrofine (proteine secrete nel sistema nervoso) che migliorano la vascolarizzazione cerebrale e promuovono sia la neurogenesi sia la plasticità cerebrale.⁶⁹ L'esercizio fisico genera una serie di benefici al corpo umano attraverso la produzione di BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), responsabile della crescita del sistema nervoso, del buon funzionamento dei neuroni e della protezione dai danni cerebrali, specialmente nell'ippocampo, area centrale per la memoria e per l'apprendimento.⁷⁰ In ambito scolastico, per esempio, un insegnamento basato sul movimento e sull'attività fisica permette al bambino di approcciarsi alla disciplina da studiare utilizzando più e differenziati canali sensoriali che gli permettono di memorizzare meglio anche risultati cognitivi.⁷¹

Alcuni studi scientifici effettuati a partire dagli anni '90, dapprima sui ratti poi su esseri umani, hanno dimostrato il ruolo importante dell'esercizio fisico nella tutela e nel miglioramento dei processi cognitivi. Grazie ad alcuni esperimenti,

⁶⁷ AIDEE (Associazione Italiana Disprassia età evolutiva), *Disprassia e sport*, <http://www.aidee.it/cosa-e-la-disprassia/>. (data ultima consultazione 05 settembre 2021).

⁶⁸ M. BARBIERI, *A scuola con corpo: motricità relazionale finalizzata al successo educativo*, Roma 2015, Il Pensiero Scientifico.

⁶⁹ L. CASNAGHI, *Rapporto fra attività sportive e miglioramento delle abilità cognitive*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/03/attivita-fisica-abilita-cognitive/>, (data ultima consultazione 05 settembre 2021).

⁷⁰ C.W. COTMAN, N.C. BERCHTOLD, *Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity*, Trends in Neurosciences, 2002.

⁷¹ R. ZIMMER, *Bewegung als Motor des Lernens*, Wuppertal 2005.

intrapresi da studiosi quali Fordyce e Farrar (1996) su dei topi, è emerso come l'attività fisica, se praticata costantemente, migliori le funzioni dell'ippocampo e i risultati di compiti che richiedono l'utilizzo della memoria spaziale. Qualche anno più tardi si è indagato sulla correlazione fra attività fisica e abilità cognitiva applicata ai bambini: è emersa non solo una correlazione positiva fra cognizione e pratica motoria ma, che l'effetto del miglioramento cognitivo per mezzo del movimento è presente anche in soggetti con ritardo mentale, deficit cognitivi e disabilità fisiche.⁷²

Lo sport e l'esercizio fisico hanno impatto anche sulla memoria di lavoro, cioè la capacità di tenere a mente le informazioni necessarie per lo svolgimento di un compito, e sul controllo inibitorio delle risposte non adatte a quel lavoro, che risultano essere elementi importanti delle abilità cognitive che sono coinvolte nel processo di apprendimento.⁷³

L'effetto positivo del movimento ai fini dell'apprendimento è dovuto a:

- principi antropologici: il movimento è considerato una costante del comportamento e dell'agire umano;
- principi fisiologici: il movimento è uno strumento per facilitare processi psichici e sociali, cioè collegare sforzi mentali a consegne motorie (Dual-Tasking);
- principi didattici: tramite semplici e brevi consegne motorie dare uno schema al tempo per l'apprendimento.⁷⁴

Recenti studi hanno altresì dimostrato che anche pochi minuti di pratica sportiva intensa comportano delle ripercussioni positive nelle funzioni esecutive anche in bambini disprassici e in special modo in soggetti con disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD)⁷⁵.

La preferenza, da parte dei bambini, di un trattamento riabilitativo supportato dallo sport e dal gioco, e l'entusiasmo con cui affrontano il momento della

⁷² L.CASNAGHI, *Rapporto fra attività sportive e miglioramento delle abilità cognitive*, cit.

⁷³ M.R.SCUDDER, K.LAMBOURNE, E.D.DROLLETTE, S.D.HERMANN, R.A.WASHBURN, J.E.DONNELLY, C.H.HILLMAN, *Aerobic Capacity and Cognitive Control in Elementary school-Age Children*, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2014.

⁷⁴ *Scuola in movimento, ogni giorno più movimento a scuola*, CSI (Centro Sportivo Italiano), 2017.

⁷⁵ C.GAWRILOW, G.STADLER, N.LANGGUTH, A.NAUMANN, A.BOECK, *Physical Activity, Affect, and Cognition in Children With Symptoms of ADHD*, *Journal of Attention Disorders*, 2016.

terapia, evidenzia come il tipo di approccio al recupero e al miglioramento delle funzioni e delle abilità (siano esse motorie e cognitive) influenzi il risultato stesso del trattamento. Il movimento attiva il meccanismo di ricompensa del nostro cervello, perciò gli ormoni prodotti aumentano le emozioni positive generate conducendo il bambino a una maggior disponibilità alla prestazione e dunque al trattamento.⁷⁶

Per questo il progetto e le attività ad esso collegate devono essere formulati in base all'età, alle capacità del bambino, ma devono tener conto dei gusti e di ciò che realmente soddisfa il bambino, evitando di rendere il lavoro frustrante, noioso e perciò difficile da portare a termine.

Non solo la tipologia di gioco o di sport influisce sul raggiungimento degli obiettivi, ma anche la scelta dell'ambiente nel quale svolgere l'attività: creare uno spazio e un setting non ostili alle capacità del bambino né eccessivamente agonistico e valutare la necessità di lavorare in gruppo o in maniera individuale, o inserire il bambino gradualmente in un contesto più allargato con il quale riuscire a confrontarsi.⁷⁷

L'educazione fisica, l'attività motoria, i giochi e le attività ludiche come momento riabilitativo e di conquista di un maggior livello di autonomia personale e di miglioramento della qualità di vita sono strumenti educativi poco utilizzati, nonostante a livello legislativo lo sport e il gioco vengano riconosciuti come strumenti fondamentali nella vita del bambino, in particolare per chi si trova ad affrontare situazioni di fragilità. Questi elementi infatti, se calibrati sulle abilità, sulle capacità e sui bisogni del bambino disabile, risultano essere un importante strumento educativo per il processo evolutivo e di sviluppo dello stesso: l'intervento, tramite l'attività motoria e sportiva, consente una valorizzazione personale, il miglioramento della forma fisica, dello sviluppo cognitivo in relazione all'apprendimento motorio e un grado maggiore di socializzazione.⁷⁸

⁷⁶ C.MULLER, R.PETZOLD, *Bewegte Schule*, 2006, Academia Verlag

⁷⁷ L.CASNAGHI, *Rapporto fra attività sportive e miglioramento delle abilità cognitive*, cit.

⁷⁸ M.MIRABILE, *Lo sport per i disabili*, 2009,

<http://www.bibciechi.it/sites/default/files/imported/tiflologia/tiflologia/200904/Mirabile.txt>,
(ultima consultazione 08 settembre 2021).

Gioco e sport dunque assumono un ruolo fondamentale nella promozione della salute di ogni bambino e vengono indicati nella Carta di Ottawa come *il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla.*⁷⁹

L'importanza del gioco e dello sport è rimarcata nell'articolo 31 della Convenzione ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite) del 1989 sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che riconosce il diritto ad ogni bambino di potersi dedicare a attività ludiche in quanto il gioco e lo sport sono pratiche utili per lo sviluppo psico-fisico, per la socialità, la memoria e il benessere:

Gli Stati Parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica.⁸⁰

Nell'Articolo 7 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, del 13 dicembre 2006, vengono invece enunciati i diritti delle persone con disabilità, assicurandogli il pieno godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà fondamentali, specificando successivamente all'articolo 30 l'impegno degli Stati membri a supportare la partecipazione delle persone con disabilità alla vita culturale, alle attività ricreative, ludiche ed allo sport, ratificando così il valore delle suddette attività.

Al fine di consentire alle persone con disabilità di partecipare su base di uguaglianza con gli altri alle attività ricreative, agli svaghi e allo sport, gli Stati Parti adottano misure adeguate a:

- a- incoraggiare e promuovere la partecipazione più estesa possibile delle persone con disabilità alle attività sportive ordinarie a tutti i livelli;
- b- garantire che le persone con disabilità abbiano la possibilità di organizzare, sviluppare e partecipare ad attività sportive e ricreative specifiche per le persone con disabilità e, a tal fine, incoraggiare la messa a disposizione, su

⁷⁹ *Carta di Ottawa*, OMS, 1986.

⁸⁰ *Convention on the Rights of the Child*, art.31, comma 1, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989.

base di uguaglianza con gli altri, di adeguati mezzi di istruzione, formazione e risorse;

- c- garantire che le persone con disabilità abbiano accesso a luoghi che ospitano attività sportive, ricreative e turistiche;
- d- garantire che i minori con disabilità possano partecipare, su base di uguaglianza con gli altri minori, alle attività ludiche, ricreative, agli svaghi ed allo sport, incluse le attività previste dal sistema scolastico;
- e- garantire che le persone con disabilità abbiano accesso ai servizi forniti da coloro che sono impegnati nell'organizzazione di attività ricreative, turistiche, di tempo libero e sportive.⁸¹

I bambini con disabilità che hanno la possibilità di vivere esperienze ludiche e sportive, sia spontanee sia competitive, sviluppano capacità di base essenziali per una maturazione psichica, fisica e motoria attraverso l'attivazione sia di processi primari dell'emotività e della consapevolezza di sé, sia dei processi cognitivi, permettendo un miglioramento anche nell'ambito dell'apprendimento.⁸²

2.2 Teoria prassico-motoria e champion pressing

L'importanza che viene data alla centralità della dimensione corporea e delle funzioni prassico-motorie (Teoria Prassico-Motoria) nell'ambito della disprassia permette di recuperare il legame fra le funzioni cognitive e quelle motorie che regolano l'intero agire umano (Cognitive Motor Training), in virtù di quei tratti comportamentali che caratterizzano il disturbo: difficoltà nella coordinazione, nell'organizzazione spazio-temporale, nella neuro-attivazione, nel controllo motorio e verbale, nei processi di auto-regolazione ed auto-inibizione.

Il termine Cognitive Motor (C-M) indica proprio l'interazione fra i processi cognitivi e le attività motorie e attesta come il binomio motricità (fisica, verbale,

⁸¹ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, art. 30 comma 5, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006.

⁸² Autorità garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, *Il diritto al gioco e allo sport dei bambini e dei ragazzi con disabilità*, Roma 2018, Istituto degli Innocenti.

mentale, percettiva) e cognitività (azione organizzata e coordinata del pensiero e dell'agire) strutturino una unità bio-psichica tale da regolare il comportamento intenzionale umano.⁸³

Nel corso degli anni sono state effettuate numerose ricerche che attestano un'origine evolutiva comune fra motricità e cognitivà⁸⁴, che confermano le connessioni fra sviluppo dell'attenzione e sviluppo motorio⁸⁵. Inoltre, come precedentemente illustrato, il movimento e la cognitivà hanno in comune sedi e processi neurofisiologici, riconosciuti in differenti strutture cerebrali quali i gangli basali, i lobi frontali, il cervelletto, che in continua reciprocità consentono la programmazione e l'esecuzione delle funzioni esecutive:⁸⁶ per questo le anomalie delle funzioni esecutive conducono a disordini dello sviluppo e a disordini dell'integrazione cerebrale, collegabili a disfunzioni delle strutture che regolano il movimento e che si manifestano come goffaggine e difficoltà della coordinazione motoria.⁸⁷

È proprio in questo contesto che si sviluppa la pratica della Champion Pressing e, più in generale, del Crispiani Method.⁸⁸ Quest'ultimo si basa sui significati e sui costrutti della clinica, del cognitivismo e dell'educazione, configurando un sistema teorico definito Sistema CO.CLI.T.E. (Clinico Cognitivista trattamento educativo).⁸⁹ Con il termine *clinica* si fa riferimento alla struttura del pensiero sul comportamento umano centrato sull'individualità e che di fatto è orientato alle regolarità ed alle eccezioni e ordinato ai principi di individualità, empiricità ed ecologia;⁹⁰ per *cognitivismo*, invece, si intende la teoria del comportamento umano centrata sui processi mentali e sulle loro connessioni con i sistemi neurologici e sulla capacità di rappresentazione mentale del proprio agire.⁹¹

⁸³ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing, pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, 2019, Istituto Itard.

⁸⁴ R.R.LLINAS, *I of the Vortex: from Neurons to Self*, Cambridge, 2001, MIT Press.

⁸⁵ G.VALLORTIGARA, L.J.ROGERS, A.BISAZZA, *Possible evolutionary origins of cognitive brain lateralization*, in *Brain Res Brain Res Rev*, 1999, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10525173/>, (ultima consultazione 08 settembre 2021).

⁸⁶ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.26.

⁸⁷ *Ivi*, p.27.

⁸⁸ *Ivi*, p.9

⁸⁹ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, cit.

⁹⁰ P.CRISPIANI, *Pedagogia Clinica*, Azzano S.Paolo 2001, Edizioni Junior.

⁹¹ P.CRISPIANI, *Didattica Cognitivista*, Roma 2017, Armando.

Il *Metodo Crispiani*, fondato sul Sistema CO.CLI.T.E. ha come obiettivi:

- potenziare la fluidità e l'accuratezza delle funzioni esecutive complessive;
- migliorare la prontezza dell'avvio (incipit);
- migliorare l'orientamento spazio-temporale;
- migliorare le competenze del leggere, scrivere e delle prestazioni matematiche;
- migliorare la fluidità esecutiva ed il contatto con la classe e con i pari;
- migliorare la disponibilità ai compiti ed alla vita;
- evitare il ricorso a misure sostitutive, aggiramenti, fughe;
- perseguire un'autonomia funzionale non sussidiata.

Il fine ultimo di questo Trattamento è quello di un *reveil funzionale* (risveglio funzionale) di uno stato personale che antagonizza la disarmonia dello sviluppo⁹², in un'ottica bio-psico-operante: visione multidimensionale ed ecologica dell'individuo, che viene osservato e studiato in prospettiva diacronica (evolutiva) e sincronica (attuale), e la cui operatività viene riconosciuta come funzione essenziale nell'andamento dei processi evolutivi.⁹³

Il Metodo Crispiani viene utilizzato in riferimento allo Specific Learning Disorder (Disturbo Specifico dell'Apprendimento) e in particolare alla Condizione Dislessica, disturbo inglobato in quello più ampio della disprassia e per questo considerato disordine delle funzioni esecutive piuttosto che deficit: la Condizione Dislessica comporta un disordine nell'organizzazione dell'agire nel tempo e nello spazio e nelle giuste sequenze, assumendo così le caratteristiche di una *disprassia sequenziale*.⁹⁴ Riconoscendo nella dislessia un Disordine delle Prassie essa può essere inserita nel contesto neurobiologico e neurofunzionale, dove di fatto si pone la Teoria Prassico Motoria (TPM): la lentezza dell'incipit e la lentezza esecutiva (dinamiche comportamentali con cui si manifesta la Condizione Dislessica-Disgrafica) giustificano la natura prassico-motoria e coordinativa del disturbo, permettendo alle Pratiche abilitative professionali e

⁹² P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p. 44.

⁹³ P.CRISPIANI, *Hermes 2014*, cit., p.51.

⁹⁴ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p. 9-11.

alle linee teoriche della TPM di apportare benefici funzionali nell'ambito delle funzioni esecutive e nelle prestazioni matematiche e di letto-scrittura.⁹⁵

Il processo diagnostico, orientato alla Teoria Prassico-Motoria, prevede una valutazione globale delle funzioni individuali, osservate in prospettiva diacronica (anamnestica, storica, narrativa) e in prospettiva sincronica (attuale), dunque secondo un approccio ecologico, rispettando la struttura bio-psico-operante dell'individuo.⁹⁶

La Teoria Prassica Motoria include un sistema criterioale⁹⁷ per la diagnosi e la valutazione funzionale della condizione dislessica e disprassica orientato in senso qualitativo (con l'ausilio di strumenti quali interviste, questionari, prove cliniche, mappe semiotiche, esami funzionali, scale ordinali, Profilo Dinamico Funzionale) a base empirica ed interpretativa, definendosi come Sistema VES (Valutazione Empirico Semiotica). In questa prospettiva teorica sono rilevanti tre indicatori clinici scientifici: osservazione, descrizione, interpretazione delle condotte (definiti nel Processo ODI) che vertono su una interpretazione dei comportamenti individuali che, nel caso della disprassia, se frequenti e significativi si manifestano come sintomi.

L'atto diagnostico tende a seguire una struttura, costituita da:

- 1- accoglienza;
- 2- prima intervista;
- 3- prove cliniche;
- 4- seconda intervista;
- 5- definizione e restituzione;
- 6- progetto educativo;
- 7- ulteriori indicazioni ed avvertenze;
- 8- trattamento abilitativo;
- 9- monitoraggio.

Nell'ambito della Teoria Prassico-Motoria il trattamento abilitativo è l'insieme delle azioni effettuate direttamente sul caso (azioni educative, terapeutiche), degli

⁹⁵ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p.19-23.

⁹⁶ P.CRISPIANI, *Pedagogia Clinica*, cit.

⁹⁷ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p. 25-29.

ambientanti e materiali relativi ad una funzionalizzazione attiva, evitando gli strumenti sostitutivi e compensativi che non permettono al soggetto di esercitare e migliorare le proprie competenze. Lo scopo dell'intervento non è infatti quello di utilizzare strumenti che di fatto ostacolano il bambino all'esercizio funzionale ma, di spronare, monitorare e sollecitare a fluidità le capacità di base (motorie, percettive, di memoria, linguistiche, di pensiero, grafo-motorie) e le capacità culturali primarie (lettura, scrittura, matematica).⁹⁸

Il trattamento, che si svolge secondo la strategia ecologico-dinamica nel contesto del Sistema CO.CLI.T.E., occupa circa tre mesi per tre sedute settimanali e coinvolge il soggetto in trattamento ad un Training Comune (TC) che conduce ad una esecuzione delle funzioni in un'ottica di fluidità e potenziamento della sequenzialità.⁹⁹

Disprassia e dislessia, come paradigmi di un disordine esecutivo, necessitano di un intervento di abilitazione (educazione, potenziamento, funzionalizzazione, terapia) attraverso processi intensivi di attivazione neurofisiologica, dinamizzazione delle sequenze d'azione in termini di costanza e di fluidità.¹⁰⁰ Quest'ultimo termine occupa un posto centrale come indicatore della presenza di una disfunzione qualitativa, più che il concetto di velocità. La fluidità infatti include:

- prontezza dell'incipit;
- costanza nell'esecuzione;
- rapidità nell'autocorrezione, autoinibizione;
- prontezza del riavvio dopo interruzioni.¹⁰¹

Lo svolgimento attivo, fluido e consapevole delle sequenze motorie, linguistiche, del pensiero, causano il potenziamento della funzione e dell'organo stesso, contrariamente alla passività e all'inerzia, motivo di deperimento e di disfunzione. Perciò l'attivazione coordinata e costante delle funzioni esecutive consentono la riorganizzazione dei flussi corticali inter-emisferici e dunque il potenziamento della loro efficacia. Pertanto, il miglioramento della fluidità delle

⁹⁸ P. CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p. 49.

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ *Ivi*, p.50.

¹⁰¹ *Ivi*, p.27.

funzioni esecutive mediante il coinvolgimento delle funzioni prassiche si concretizza in sequenze d'azione protratte nel tempo (ripetute, allungate) e nello spazio (ampliate, allargate).¹⁰²

In questo senso il trattamento abilitativo, inserito all'interno della Teoria Prassico Motoria, insiste nella ripetizione del gesto in costante esercizio, accompagnandolo con una simultanea motricità basale (camminare sul posto, battere i piedi ecc.) ed interpretando di fatto il senso di un Growing up Process, realizzato grazie all'aumento delle pratiche e della velocità esecutiva che consente una attivazione globale definita come Tempesta Neuromotoria. La funzionalità neuro-motoria diventa intensa e maggiore così da permettere l'esercizio funzionale e creare quelle condizioni tali da consentire l'adattamento dei circuiti neurali alle nuove esigenze d'azione: attiva, consolida e stabilizza i circuiti corticali complessivi e quelli che sono propri del leggere, dello scrivere e del calcolare.¹⁰³

Perciò il lavoro di potenziamento funzionale interessa l'attivazione fluida ed automatica di quattro Vettori Fisio Prassici (VFP) che ne costituiscono la piattaforma dinamizzante:

- 1- incipit;
- 2- fluidità d'azione;
- 3- schemi laterali e crociati;
- 4- schemi rotatori.

Il Training (comune o speciale) è così orientato ai vettori successione-automatismi-fluidità, condotto in un regime di dinamicità costante e di giusta pressione esecutiva sulle principali funzioni esecutive.¹⁰⁴

Inscritto nella Teoria Prassica Motoria è il Cognitive Motor Training (CMT): insieme di pratiche educative intensive che seppur inserite in un contesto prassico-motorio coinvolgono le attività mentali. Se praticato in maniera costante il CMT rende dinamico e simultaneo le attività motorie e quelle cognitive, in particolare nei processi di azione e nelle situazioni che prevedono

¹⁰² P.CRISPIANI, Il Metodo Crispiani, cit., p.51.

¹⁰³ *ibidem*.

¹⁰⁴ *Ivi*, p.51-52.

l'ideazione, la programmazione e l'esecuzione delle funzioni esecutive. Lo scopo di questa pratica è quello di dinamizzare le funzioni neuromotorie e neurosensoriali in regime di prontezza e fluidità, attraverso un miglioramento dell'organizzazione neuro-psico-motoria della persona e dei flussi corticali interemisferici.¹⁰⁵ Gli obiettivi principali su cui è indirizzato l'esercizio intenso e costante del CMT sono:

- velocità reattiva;
- sincinesie e sinestesie;
- sequenze di azioni ordinate nel tempo;
- sequenze di azioni ordinate nello spazio;
- sequenze di azioni bimanuali;
- sequenze di azioni combinate;
- attivazione neurologica intenzionale globale.¹⁰⁶

Altre caratteristiche del CMT, che si discostano dalle pratiche prettamente di motricità e di psicomotricità sono:

1. alta intenzionalità formativa del tutor: consapevole attivazione di funzioni con scopo formativo, preventivo, riabilitativo e abilitativo, tenendo conto del profilo evolutivo del soggetto in carico e rispettando il relativo progetto;
2. forte integrazione sinestesica delle azioni: sollecitazione cognitiva e delle risorse motorie su una costante motricità basale in regime di coordinamento, costanza e sequenzialità;
3. forte integrazione mentale e motoria: azioni motorie eseguite con presenza cognitiva, motivazione, intenzionalità.
4. Intensività come costanza e giusta pressione nell'esecuzione: attività continua con un giusto e progressivo incremento;
5. Intensività come frequenza delle pratiche formative: rispetto della frequenza giornaliera/settimanale del trattamento;

¹⁰⁵ P. CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p.57.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

6. Sollecitazione ecologica di tutte le dimensioni della Personalità Bio-Psico-Operante: svolgimento dell'attività cognitivo-motoria in relazione alle funzioni esecutive e alle differenti situazioni di vita;
7. Intensa partecipazione del trainer;
8. Conduzione al alta sensibilità interattiva;
9. Consapevolezza del senso;
10. Fluidità e sequenzialità;
11. Primari Vettori Fisio-Prassici;
12. Connessioni prestazionali: l'attività motoria è praticata simultaneamente ad azioni di natura funzionale come pensiero, linguaggio, lettura, scrittura, calcolo.¹⁰⁷

Atti fondamentali del training cognitivo motorio sono l'attivazione e il trascinamento, processo che caratterizza il Crispiani Method: il terapeuta prende le mani del bambino, che è posto di fronte a lui, e sulle stesse pratica delle spinte e delle tensioni che guidano ed indirizzano le dinamiche degli esercizi, attivandone l'incipit. Il contatto diretto con le mani è utile per dimostrare accoglienza, sostegno ed evitare una invasività fisica, ma allo stesso tempo grazie al contatto con le mani il trainer percepisce eventuali condizioni di resistenza o di tensione da parte del bambino e può intervenire per porvi rimedio e procedere al trattamento. Oltre al trascinamento fisico, nella gestione della motricità basale durante il CMT è indispensabile la sollecitazione verbale da parte del terapeuta tramite frasi di incoraggiamento che si alternano a messaggi verbali relativi alla tenuta dell'esercizio.¹⁰⁸

La pratica terapeutica degli esercizi cognitivo-motori si sviluppano lungo quattro assi di lavoro, al fine di un miglior controllo esecutivo delle azioni, le quali vengono attivate, accelerate, automatizzate, autoregolate: LIRM 4A PROCESS. Questi quattro assetti su cui si svolge il processo terapeutico consentono il raggiungimento della fluidità dell'esecuzione delle funzioni grazie ad elevati

¹⁰⁷ P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani*, cit., p.58-59.

¹⁰⁸ P.CRISPIANI,E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.29-30.

indicatori di qualità come prontezza dell'avvio, costanza esecutiva, rapida autocorrezione.¹⁰⁹

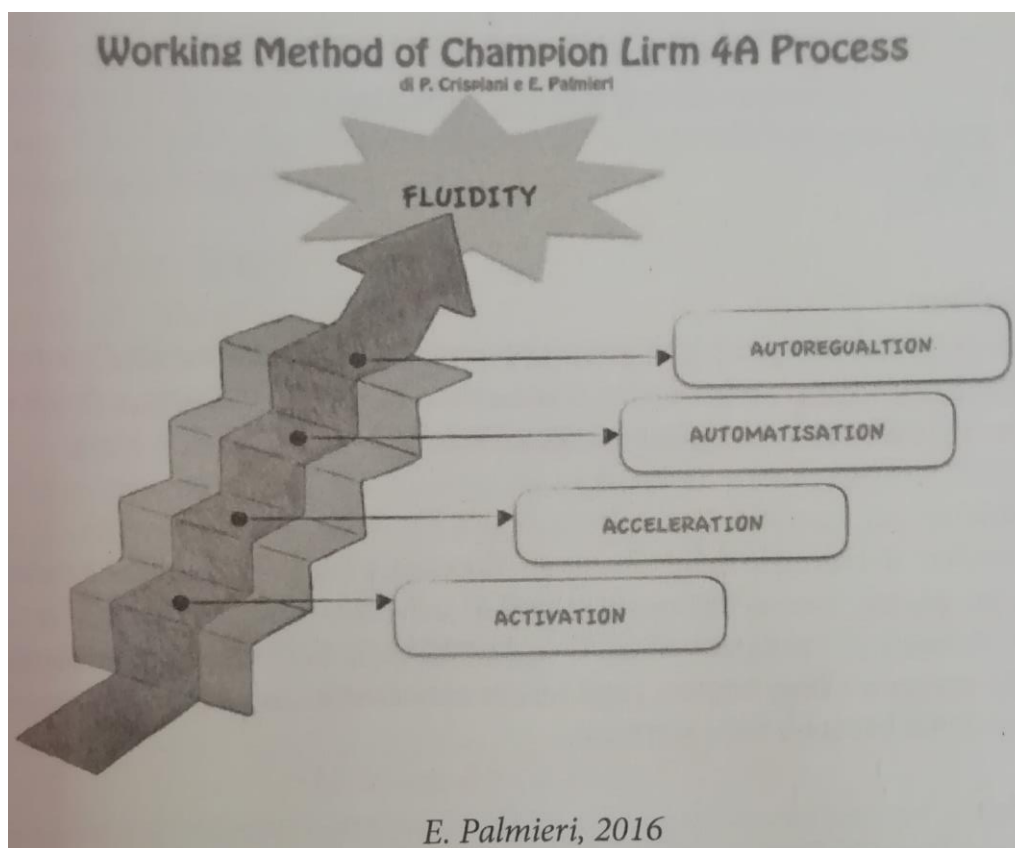


Figura 2.1: *Working Method of Champion Lirm 4A Process* (da Champion Pressing di P.Crispiani e E.Palmieri).

Motricità (fisica, verbale, percettiva, mentale) e cognitivà (azione organizzata e coordinata del pensiero e dell'agire) lavorano in maniera dinamica e reciproca così da poter attivare l'adattamento umano, nonostante nella prima fase dell'intervento l'aspetto motorio prevalga rispetto a quello cognitivo, per poi ritrovare un equilibrio con il recupero delle funzioni cognitive. Il raggiungimento di tale obiettivo è reso possibile grazie al lavoro mirato ed intenzionale del conduttore che deve, durante il trattamento, mantenere alta e costante la correlazione cognitiva-motoria.¹¹⁰

¹⁰⁹ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.30.

¹¹⁰ *Ivi*, p.31.

Un esempio di training speciale per l'attivazione delle funzioni cognitivo-motorie è la Champion Pressing (ChP) che, iscritta nelle linee concettuali del Sistema CO.CLI.T.E., rispetta le guide teoriche della Teoria Prassico-Motoria del comportamento umano e sviluppa i principi del Cognitive Motor Training, includendosi così nei programmi del Crispiani Method.¹¹¹

La Champion Pressing si presenta come una pratica professionale di tipo intensiva e speciale che può essere applicata a vantaggio di persone di ogni età e, in base a quest'ultima e alle diverse condizioni delle persone in trattamento abilitativo, è attivata in diverse modalità:

- A- ChampionPraxic: per bambini fino a 6 anni;
- B- Champion LIRM (Lettura Intensiva e Rapidità Motoria): per bambini e ragazzi dai 7 anni;
- C- Champion Age: per adulti.¹¹²

Questa tipologia di training consente l'attivazione dei processi comportamentali e nello specifico la reattività neuro-senso-motoria, la motricità in generale, l'orientamento e l'organizzazione personale, la comunicazione, il linguaggio, la cognitività e il pensiero, la capacità di adattarsi alle situazioni. La sollecitazione della reattività neuropsichica permette una prima attivazione dell'agire umano con lo scopo di raggiungere prontezza dell'avvio e costanza della velocità esecutiva (alcuni degli obiettivi del trattamento), generando uno Scarto Accelerativo Comportamentale (SAC). Il risultato di tale intervento consente un aiuto sul piano educativo, in particolare nelle condizioni di disprassia e dislessia, lentezza esecutiva generale, disordini motori, disorganizzazioni spaziotemporali, ritardi funzionali, ecc.¹¹³

In generale la Champion Pressing è un quadro teorico e una pratica professionale educativa intensiva e speciale, utile per l'attivazione rapida di azioni intenzionali e di sequenze funzionali cognitivo-motorie, attuate in un setting progettato e creato secondo i bisogni e le necessità dei soggetti in trattamento. L'ambiente in cui si svolge il training deve consentire il movimento coordinato di almeno due

¹¹¹ P. CRISPIANI, E. PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.15.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ *Ivi*, p. 16-17.

persone, deve essere sufficientemente arieggiato ed essenziale, senza la presenza di elementi distraenti. I materiali vengono preparati prima dell'arrivo del soggetto, devono essere resi visibili e ordinati secondo criteri accessibili all'individuo in trattamento (specialmente se bambino).¹¹⁴

I cicli di training intensivi sono ripetuti dai 2 ai 4 giorni consecutivi per circa 4/6 ore giornaliere, distribuite lungo l'arco della giornata (distinte in antimeridiano e pomeridiano) e rispettando l'età dei soggetti in trattamento.¹¹⁵

Le attività e gli esercizi che costituiscono la Champion Pressing sono finalizzate all'attivazione globale dei processi funzionali intenzionali (motori, percettivi, emozionali, del pensiero, relazionali, comunicativi), che in situazioni di disprassia risultano compromessi, in regime di prontezza e costanza esecutiva, puntando ad un miglioramento della conduzione di prestazioni superiori come quelle scolastiche e di apprendimento, in relazione a efficienza e qualità lungo un progressivo potenziamento e stabilizzazione.¹¹⁶

Gli obiettivi funzionali primari che la ChP cerca di raggiungere sono:

- Accelerazione dell'incipit dell'agire e dei processi di avvio neurofunzionale;
- Potenziamento dell'organizzazione spaziale e temporale;
- Accelerazione della pianificazione dell'azione e del suo pensiero;
- Miglioramento dei processi cognitivi;
- Potenziamento dei coordinamenti;
- Potenziamento della motivazione ad agire;
- Riduzione dell'inerzia e della fuga dal compito;
- Potenziamento dei processi di autoregolazione e autoinibizione;
- Miglioramento delle azioni di lettura, scrittura e delle abilità matematiche.¹¹⁷

Il Reveil funzionale a cui si punta con la ChP, e più in generale come obiettivo del Crispiani Method, può essere raggiunto se il trattamento viene condotto con giusta intensità e giusta pressione, in maniera tale da impegnare a livello

¹¹⁴ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.22.

¹¹⁵ *Ivi*, p.15.

¹¹⁶ *Ivi*, p.18.

¹¹⁷ *Ibidem*, p.18.

psicofisico sia il soggetto sia il terapeuta e generare così un miglioramento neurofisiologico della reattività bio-psichica.

La lentezza, di fatto, o ritardo dell'avvio di un'azione si presentano come elemento centrale nella manifestazione del disturbo disprassico, in assenza di condizioni fisiologiche organiche che possano giustificarla. Connessa a tale lentezza neurofisiologica dell'agire umano, intenzionale e non, è dunque l'esitazione nell'incipit che rende insicuro l'avvio dell'azione per muoversi, orientarsi, esercitare il pensiero, che a livello scientifico viene identificata come una lentezza nella trasmissione elettrica corticale nelle e fra le diverse aree cerebrali, in special modo fra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro: la lentezza si associa perciò al disordine esecutivo.¹¹⁸

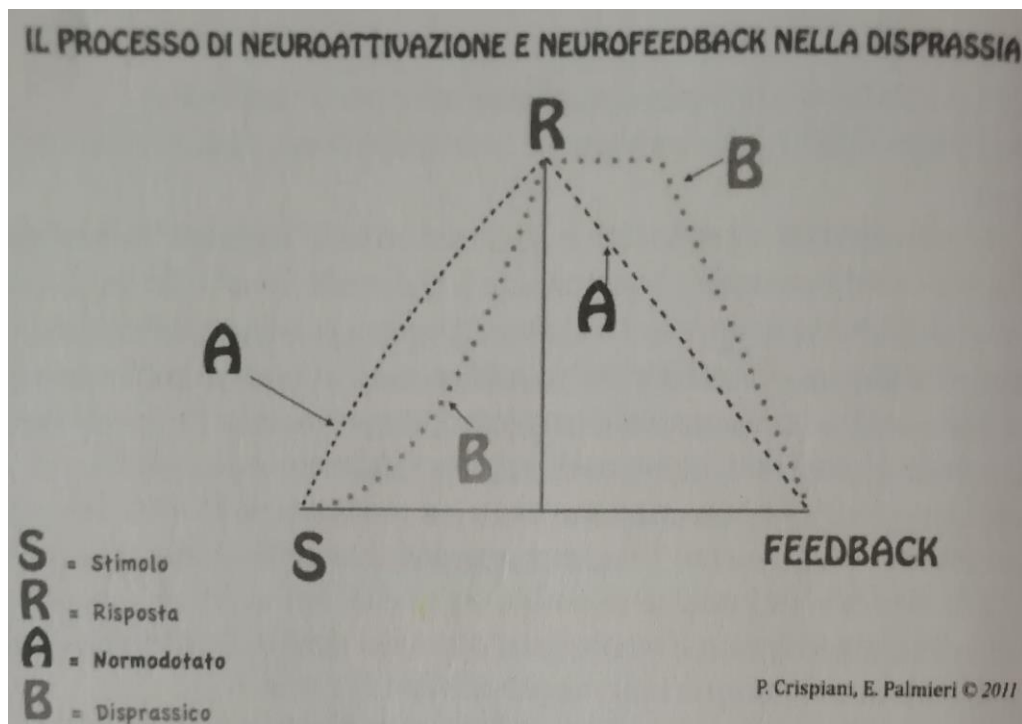


Figura 2.2: *Processo di neuroattivazione e neurofeedback nella disprassia* (da Champion Pressing di P.Crispiani ed E.Palmieri).

L'accelerazione dell'incipit tramite training appurati, come la Champion Pressing, tende ad una adeguata stabilizzazione e raggiunge livelli di automatizzazione adeguati all'età dell'individuo e ai compiti da svolgere per

¹¹⁸ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.20.

mezzo di pratiche di accelerazione neurofisiologica come attivazione e avvio, feedback e autoregolazione.¹¹⁹

¹¹⁹ P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing*, cit., p.20.

3. SINDROME DI DOWN E SPORT

3.1 Analisi e situazione di partenza

La cooperativa sociale *L'Isola che non c'è* offre servizi rivolti a bambini, ragazzi ed adulti con disturbo dello spettro autistico ed eroga il servizio centro diurno per disabili maggiori di 16 anni.

In questa struttura ho avuto la possibilità di effettuare il tirocinio formativo e partecipare alle attività previste, affiancando gli educatori professionali presenti nella cooperativa e cooperando con l'equipe multidisciplinare, costituita da psicologi, educatori professionali, educatori sociali, neuropsicomotricista, logopedista e pedagogisti.

Il primo dei servizi in cui ho collaborato è stato il servizio PAN (Nuovo Progetto Autismo) rivolto a bambini dai 6 ai 16 anni, che presentano diagnosi di disturbo dello spettro autistico, all'interno del quale si svolgono attività i cui obiettivi mirano all'acquisizione di nuove capacità, di autonomie di base sia personali (lavare i denti, andare in bagno, vestirsi e svestirsi ecc.) sia riguardanti la quotidianità (apparecchiare, sparecchiare, pulire i tavoli ecc.), al potenziamento di alcune abilità di cui i bambini sono già in possesso: molti dei bambini erano già in terapia al centro nel servizio Greenland (Centro Diagnostico Riabilitativo per l'Età Evolutiva) che eroga valutazioni e trattamenti individuali medico-riabilitativi, psicologici e pedagogici su bambini dai 0 ai 5 anni.

Gli interventi riabilitativi venivano svolti sia in maniera individuale, con il solo educatore o pedagoga e in combinazione con altre figure come neuropsicomotricista o logopedista, sia in gruppo per stimolare la relazione con gli altri bambini e come modalità di apprendimento, per imitazione. Il Progetto Pan si pone come obiettivo principale quello di attuare interventi di tipo riabilitativo (circa 30 ore settimanali) con l'utilizzo della metodologia cognitivo-comportamentale integrata che, se applicata a soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico, tende a ridurre i comportamenti problematici e le stereotipie che caratterizzano tale sindrome a favore di comportamenti adattivi.

Più in generale la cooperativa progetta e gestisce servizi in aree socio-educative, socio-sanitarie e di formazione e si pone come obiettivi centrali quelli della costruzione di ambienti che stimolino la relazione e lo sviluppo di un'identità emotiva, affettiva, cognitiva, relazionale e sociale del bambino; mirano a favorire un clima educativo tramite la dimensione ludica e attività motorie, compreso lo sport (nello specifico il Basket), tenendo in considerazione la storia personale del bambino, le proprie capacità e potenzialità ma anche i propri limiti. Inoltre favorisce l'integrazione fra bambini e ragazzi che partecipano ai diversi servizi offerti dalla cooperativa, considerando questo incontro come una risorsa per lo sviluppo sia del bambino tipico che non. Nel raggiungimento di ogni obiettivo il bambino viene considerato dagli operatori come portatore di risorse e co-protagonista dell'intervento educativo all'interno del quale trova la sua realizzazione.¹²⁰

L'altro servizio nel quale ho svolto la maggior parte delle ore di tirocinio e all'interno del quale ho attuato un progetto educativo è lo CSER (Centro Socio Educativo Riabilitativo): una struttura a ciclo diurno che ospita soggetti disabili che hanno superato i 16 anni di età e che presentano un'elevata compromissione delle capacità funzionali e ridotta autonomia, per cui non dispongono di una borsa lavoro e dunque dell'opportunità di un inserimento lavorativo. Il centro diurno, inserito nel progetto PAN e quindi nell'ambito del disturbo dello spettro autistico, consente ai soggetti adulti, che già erano in trattamento nella struttura, di proseguire e dare continuità al loro percorso educativo riabilitativo.¹²¹

Gli interventi e le attività proposte al centro sono rivolte a soggetti con disabilità psicofisiche medio-gravi e gravi, come Sindrome di Down e in particolare in soggetti con diagnosi ASD (disturbo dello spettro autistico), sono strutturate tendendo in considerazione la globalità della persona e la sua individualità nella strutturazione del processo educativo, avendo come obiettivi principali quelli di migliorare la qualità di vita, favorire l'inclusione e la relazione sociale con altri utenti, sviluppare potenzialità e autonomie personali (o in alcuni casi mantenere le abilità pregresse). Lo scopo principale dello CSER è dunque quello di creare

¹²⁰ <https://www.isolafermo.it/> (data ultima consultazione 15 settembre 2021).

¹²¹ *Ivi*.

un ambiente in cui la disabilità non sia percepita come limite o elemento di esclusione quanto piuttosto fattore presente e attivo nella comunità. Per questo si svolgono attività di tipo occupazionali lavorative, attività culturali ricreative e attività ludiche. Queste ultime in particolare sono condotte dall'educatore professionale che si adopera per lo svolgimento di laboratori motori e di psicomotricità (in questo caso l'educatore professionale è a supporto dello psicomotricista) all'interno della palestra presente nella struttura (prima dell'emergenza sanitaria gli utenti partecipavano alle attività motorie recandosi alla palestra del CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano) di Fermo e usufruendo di spazi più forniti e strutturati, compresi gli spogliatoi e le docce).

Il mio progetto di tirocinio è partito proprio dal laboratorio sportivo di basket inserito da anni nel percorso educativo degli utenti che accedono al servizio del centro diurno ed è stato formulato rispettando le esigenze e le capacità di una ragazza, B. T., di circa 25 anni con diagnosi di Sindrome di Down.

Questa patologia, definita anche con il termine di trisomia del cromosoma 21, è caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più nella coppia 21 dei cromosomi, modificando il numero dei cromosomi da 46 a 47.

La sindrome viene inserita dal DSM-V all'interno della categoria dei disturbi del neurosviluppo, manifestandosi con difficoltà e limitazioni rispetto a tutte le funzioni esecutive, presentando caratteristiche ed elementi che appartengono alla disprassia: per questo si inserisce nell'ambito della disprassia secondaria assieme al Disturbo dello Spettro Autistico.

Fra i vari sintomi ricorrono deficit di tipo fisico e di controllo motorio correlati a ritardo cognitivo, difficoltà nell'apprendimento, nelle funzioni intellettive in generale e nello sviluppo del linguaggio.¹²²

La stessa B.T., soggetto cui era rivolto il mio progetto educativo, presentava alcuni fra i sintomi elencati precedentemente e, in particolare, difficoltà cognitive e di apprendimento associate a scarsa capacità relazionale, rigidità in alcuni movimenti, stereotipie (come accendere la luce ogni volta che entra in una stanza), comportamenti abitudinari e selettività (nel cibo, nell'abbigliamento ecc.).

¹²² P.CRISPIANI, *Ippocrate Pedagogico*, cit., p.97

Dunque ho ritenuto che in questo progetto lo sport e l'attività motoria potessero essere utilizzati come strumento a supporto dello sviluppo di capacità e abilità cognitive e di apprendimento, per il recupero della coordinazione motoria e come stimolo nella relazione sociale, tenendo sempre in considerazione la soggettualità e l'individualità di B., le sue capacità e i suoi limiti, in vista del miglioramento della sua qualità di vita e del raggiungimento del massimo grado di autonomia.

3.2 Progetto

Prima della creazione del progetto è stato necessario un periodo di osservazione finalizzato non solo alla conoscenza della ragazza e dei suoi punti di forza e di debolezza, sui quali strutturare successivamente il progetto, ma necessario per comprendere quale potesse essere la modalità con cui instaurare una relazione educativa che mi permettesse di entrare in empatia con lei per il raggiungimento degli obiettivi proposti nel progetto.

Dopo essersi abituata alla mia presenza al centro, sono riuscita ad aprire un dialogo con lei (nonostante abbia difficoltà evidenti nel linguaggio e nella comunicazione: si esprime spesso con singole parole non pronunciate correttamente o mimando la parola stessa) e ha scoperto quali fossero i suoi hobby e ciò che maggiormente le piaceva fare.

Successivamente mi sono confrontata con la mia tutor, educatrice del servizio, rispetto a suoi comportamenti, difficoltà e abilità, aiutandomi anche con una scheda educativa nella quale erano descritte le attività in autonomia che B. aveva acquisito o stava acquisendo e cercando di ampliare le sue capacità sia con il laboratorio di basket sia con attività individuali svolte insieme all'educatrice.

Nell'analisi della situazione di partenza, le aree delle abilità su cui mi sono maggiormente concentrata per individuare alcuni obiettivi concreti e raggiungibili su cui poter intervenire sono state l'area relativa alle abilità dell'igiene personale (autonomia nel lavarsi le mani, il viso, i denti, nel vestirsi, svestirsi, allacciarsi le scarpe, ecc.), l'area relativa alla percezione di sé e dell'altro (se riconosce e controlla i bisogni fisiologici, se ha un vocabolario

espressivo adeguato e fornito, se comprende ciò che le viene detto), abilità motorie (se corre, salta, se riesce a sedersi a terra, se riesce ad alzarsi da terra) ed infine l'area relativa alle abilità interpersonali (cosa le piace, se si relaziona con gli altri utenti, se riconosce l'educatore e il ruolo dell'educatore, se lo rispetta, ecc.).

Perciò, sulla base delle informazioni ricavate da un periodo di osservazione partecipante, dalla scheda educativa e da una valutazione iniziale (definita valutazione a tempo zero, cioè effettuata prima del trattamento educativo) delle abilità motorie e relazionali-interpersonali tramite lo strumento valutativo Vineland-II¹²³, sono stati formulati obiettivi adatti a B. e realizzabili tramite il laboratorio di basket: non solo l'attività preferita dalla stessa utente ma ritenuta indispensabile dalla struttura, certa che l'attività motoria e l'attività ludica siano strumenti indispensabili per il recupero e lo sviluppo di alcune funzioni disturbate, e per la stimolazione della relazione sociale, in un clima di divertimento e di piacevolezza per gli utenti in carico.

Di seguito, è riportato il progetto creato rispettando le esigenze e le potenzialità di B., in accordo con l'utente (l'attività era approvata dalla stessa), con la mia tutor di riferimento e con l'equipe multidisciplinare:

- FINALITA': miglioramento della qualità di vita e potenziamento in termini qualitativi e quantitativi del livello di autonomia anche in ambito relazionale-sociale.
- OBIETTIVI: miglioramento delle abilità relazionali e aumento delle autonomie, in particolare insegnare a B. ad allacciare le scarpe (lavoro svolto anche in individuale durante la settimana con l'utilizzo di un modello di scarpa, chiamato telaio, creato insieme all'utente).
- PARTNERS INTERNI O ESTERNI AL SERVIZIO: educatore professionale, saltuariamente psicologo e psicomotricista.

¹²³ G.BALBONI, C.BELACCHI, S.BONICHINI, A.COSCARELLI, *Vineland-II, Adaptive Behavior Scales-Second Edition, Survey Interview Form*, Giunti O.S., 2016.

- RISORSE INTERNE O ESTERNE AL SERVIZIO: palestra della struttura con materiale per gli esercizi (palloni da basket, cerchi, coni, cinesini, canestro, ecc.), spogliatoi dove potersi cambiare.
- ATTIVITA': laboratorio sportivo: basket, in gruppo.
- TEMPI: circa 4 mesi, una volta a settimana nel giorno prestabilito (mercoledì), per la durata di 1-1.30 ore.
- SPAZI: palestra della struttura.
- VERIFICA: in itinere con l'ausilio di checklist, con indicatori di verifica di tipo qualitativi (scala da 0 a 2 e osservazioni dell'educatore).
- VALUTAZIONE FINALE: utilizzo del Vineland-II (tempo 1).

Sebbene l'attività principale fosse quella del basket e dunque dell'attività motoria in quanto tale, il lavoro non si svolgeva solamente in palestra ma aveva inizio già da prima: procurarsi il materiale personale (zaino con il cambio) dal proprio armadietto necessario per dirigersi in palestra. Una volta raggiunto lo spogliatoio l'utente doveva cambiarsi: attività dello svestirsi, del vestirsi e dell'allacciarsi le scarpe. B. usciva sempre dallo spogliatoio con le scarpe slacciate e non chiedeva a nessuno di allacciarle, piuttosto era l'educatore che su prompt verbale le avviava la richiesta. In precedenza si era cercato di intervenire su questa autonomia con attività a tavolino ma senza raggiungere dei risultati: ho ritenuto opportuno perciò, insieme all'equipe, inserire l'attività dell'allacciare la scarpa in un contesto più sociale e piacevole per l'utente, estraniandolo in parte da quello più apprenditivo e scolastico (in individuale si continuava il lavoro). Inoltre B. presentava anche rigidità finemotoria nel maneggiare i lacci delle stesse e dunque si è utilizzato l'attività motoria come stimolazione e attivazione neuro motoria e cognitiva (la sequenza del fare il nodo e poi il fiocco).

L'attività motoria era suddivisa in fasi così da permettere all'utente di avere un ordine logico, una sequenzialità nello svolgimento del laboratorio; ogni fase era intervallata da una pausa sia per le dovute difficoltà nel riuscire a mantenere la concentrazione a lungo, sia per evidenti deficit fisici, sia per dare la possibilità di memorizzare il movimento appena appreso.

La prima fase era quella del riscaldamento senza palla, con giri attorno al campo, modulando e intensificando sia il passo sia la direzione: l'educatore conduceva l'esercizio e gli utenti dovevano svolgerlo adeguatamente rimanere concentrati sui comandi suggeriti dal conduttore. La seconda fase consisteva nell'esecuzione degli stessi esercizi ma con l'aggiunta della palla, che ognuno doveva prendere in maniera autonoma e di cui doveva essere responsabile. Gli step successivi riguardavano esercizi svolti in coppia: passaggi da lontano (in alto, per terra) e passaggi di palla schiena contro schiena, facendo attenzione al comando dell'educatore: il passaggio della palla poteva avvenire sopra la testa, sotto le gambe, a destra o a sinistra. Le coppie non era formate liberamente ma l'educatore affiancava due utenti tenendo in considerazione le caratteristiche personali e le necessità che quell'utente richiedeva in quel momento. Si proseguiva poi con un percorso semplice che terminava con tiri a canestro e poi una breve partita, nella quale prendevano parte anche gli educatori. Il laboratorio terminava con stretching e rilassamento dei muscoli.

3.3 Verifica in itinere e valutazione finale

Durante lo svolgimento del progetto è stato necessario un monitoraggio continuo e costante, per verificare eventuali miglioramenti o involuzioni rispetto agli obiettivi prefissati ed eventualmente modificare, in corso d'opera, il progetto. Per fare ciò ho creato delle checklist, tabelle nelle quali a fine sessione laboratoriale segnavo accanto ad ogni variabile un punteggio da 0 a 2 e nelle quali annotavo osservazioni rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi, utili perciò ai fini della valutazione.

Di seguito sono riportate due esempi di checklist (una iniziale e una finale) rappresentative del del progetto e del percorso fatto con B.:

DATA: 19/01/21 (inizio progetto)

VARIABILI	0	1	2	OSSERVAZIONI
Porta l'occorrente per cambiarsi		x		Le viene ricordato dai genitori
Prende in autonomia l'occorrente dall'armadietto		x		Su prompt
Si cambia da sola		x		Maglia e scarpe
Si allaccia le scarpe da sola	X			
Si siede vicino agli altri utenti		X		
Parla con gli altri utenti	X			
Partecipa agli esercizi		X		
Evita lo svolgimento del compito		X		Quando l'esercizio non le piace chiede di andare in bagno
Partecipa allo svolgimento degli esercizi degli altri (applaude quando un altro utente fa canestro, gli dice bravo...)		X		Su prompt verbale e su imitazione
È attenta alla spiegazione dell'esercizio	x			Svolge l'esercizio su imitazione

DATA: 20/04/21 (fine progetto)

VARIABILI	0	1	2	OSSERVAZIONI
Porta l'occorrente per cambiarsi			X	
Prende in autonomia l'occorrente dall'armadietto			X	
Si cambia da sola			X	
Si allaccia le scarpe da sola		X		Fa il nodo su entrambe le scarpe ma non il fiocco
Si siede vicino agli altri utenti			X	

Parla con gli altri utenti		X	
Partecipa agli esercizi			X
Evita lo svolgimento del compito	X		
Partecipa allo svolgimento degli esercizi degli altri (applaudivano quando un altro utente fa canestro, gli dice bravo...)			X
È attenta alla spiegazione dell'esercizio			x

Come si può osservare dalle annotazioni qualitative delle due tabelle, c'è stato un evidente miglioramento delle autonomie: sia nel ricordare l'occorrenza per lo svolgimento dell'attività sia nell'area delle abilità interpersonali e della relazione con l'altro. Inizialmente B. tendeva ad isolarsi e a non dialogare con l'altro, aveva difficoltà anche nello svolgimento degli esercizi a coppie. Nel corso dello svolgimento delle attività ha espresso maggior consapevolezza del proprio corpo, delle proprie capacità, cosa può e non può fare, sviluppando e potenziando abilità motorie nuove.

Tuttavia, nonostante l'obiettivo preposto di insegnarle ad allacciarsi le scarpe non sia stato raggiunto pienamente, è stato comune importante per B. aver avviato questo processo e, per noi educatori, aver avuto un riscontro positivo, soprattutto nell'ambito del binomio attività motoria-attività cognitiva e di come il movimento aiuti e faciliti l'apprendimento e lo sviluppo di funzioni esecutive. Queste checklist sono state uno strumento indispensabile nel monitoraggio del progetto ai fini della realizzazione di una valutazione finale, nella quale mi sono avvalsa anche di un altro strumento valutativo: il Vineland-II.

E' stata effettuata una valutazione iniziale, antecedente alla pianificazione e all'attuazione del progetto, per comprendere lo stato funzionale dell'utente, i limiti e le potenzialità, così da identificare gli obiettivi più consoni per le finalità dell'intervento, cioè il raggiungimento del massimo grado di autonomia e il miglioramento della qualità di vita, e modellare il progetto stesso sulla base dell'individualità del soggetto a cui era destinato.

Di seguito sono riportati degli estratti del questionario valutativo in riferimento alla scala della socializzazione-subscala delle relazioni interpersonali e la scala delle abilità motorie-subscala grossolane. In particolare il colore giallo indica la valutazione a tempo 0 (valutazione iniziale), mentre quello rosa a tempo 1 (valutazione finale).

SCALA ABILITÀ MOTORIE ♦ Subscala Grossolane – continua				
Punteggio: 2 = Di solito 1 = Qualche volta o parzialmente 0 = Mai N/S = Non so				
= Stare seduto = Strisciare e arrampicarsi = Stare in piedi = Camminare e correre = Attività motorie di gioco				
	38	Fa un salto in avanti di almeno 1 metro e mezzo, anche non a piedi uniti.	2	1 0 N/S
	39	Afferra una pallina della dimensione di una palla da tennis lanciata dalla distanza di almeno 3 metri, muovendosi se necessario. Può afferrare la palla con una o entrambe le mani.	2	1 0 N/S

Figura 3.1: scala abilità motorie, subscala grossolane (da Vineland-II, Giunti O.S., 2016).

	30	Fa almeno 3 salti/saltelli consecutivi in avanti. Se cade mentre sta saltando, punti 0.	2	1 0 N/S
4+ →	31	Fa almeno 1 salto/saltello su un piede senza cadere; può sorreggersi per non perdere l'equilibrio. Se cade, punti 0.	2	1 0 N/S
	32	Si arrampica, sale e scende da oggetti alti (ad es., alte attrezzature da gioco di legno o di gomma, staccionate, scivoli con le scale alti almeno 1 metro). Per assegnare 2 punti, è necessario che non cada scendendo e che non sia aiutato per la maggior parte delle volte. Assegnare 2 punti anche se svolgeva tale attività in passato, ma ora non più perché è troppo grande; 0 punti, se non ha il permesso di giocare con attrezzature alte.	2	1 0 N/S
	33	Scende le scale alternando i piedi; può utilizzare la ringhiera. Per assegnare 2 punti, è necessario che metta un solo piede su ogni scalino.	2	1 0 N/S
	34	Corre in modo coordinato, con cambi di velocità e di direzione. Ad es., cambia velocità e direzione per rincorrere una palla o giocare a nascondino.	2	1 0 N/S
	35	Guida la bicicletta con le rotelle o il triciclo per adulti per almeno 3 metri. SCORING TIP: si può indicare "N/D" per assenza di opportunità, se non svolge l'attività indagata solo perché non ha una bicicletta o un triciclo per adulti. Punti 0, nel caso in cui l'intervistato supponga che, anche avendone l'opportunità, l'individuo non avrebbe messo in atto il comportamento considerato.	2	1 0 N/S N/D
	36	Afferra con entrambe le mani una palla delle dimensioni di un pallone da gioco lanciata dalla distanza di almeno 2 metri.	2	1 0 N/S
	37	Saltella in avanti su un piede con facilità. Deve saltellare così bene da riuscire a fare giochi che richiedono di saltare (ad es., il gioco della settimana).	2	1 0 N/S

Figura 3.2: scala abilità motorie, subscala grossolane (da Vineland-II, Giunto O.S., 2016).

		cercarlo.						
1, 2 →	11	Manifesta interesse per bambini della propria età, diversi dai propri fratelli e sorelle (ad es., li guarda, sorride loro).	2	1	0	N/S		
	12	Imita semplici movimenti (ad es., batte le mani, fa ciao).	2	1	0	N/S		
	13	Manifesta gioia o preoccupazione per altri attraverso specifiche azioni (ad es., abbraccia, dà un buffetto, tiene per mano).	2	1	0	N/S		
	14	Manifesta il desiderio di fare piacere ad altre persone (ad es., condivide un gioco o un dolcetto, cerca di aiutare anche se non ne è in grado). È rilevante il tentativo di fare piacere a un'altra persona; se, ad es., si rende utile solo per essere lodato (ad es., "Guarda cosa ho fatto!"), punti 0.	2	1	0	N/S		
3, 4 →	15	Manifesta comportamenti per instaurare amicizie verso persone della propria età (ad es., dice "Vuoi giocare?", oppure prende per mano un bambino).	2	1	0	N/S		
	16	Imita un'azione relativamente complessa mentre è eseguita da un altro (ad es., farsi la barba, truccarsi, piantare un chiodo).	2	1	0	N/S		
	17	Risponde a semplici conversazioni di un adulto familiare (ad es., se gli viene chiesto "Come stai?", risponde "Bene"; se gli viene detto "Come sei bello!", risponde "Grazie"). Le risposte devono essere appropriate.	2	1	0	N/S		
	18	Ripete frasi udite precedentemente nei discorsi di un adulto (ad es., "Ciao, sono arrivato!", "Niente dolce finché non hai finito"). Può imitare una persona familiare o un personaggio della televisione.	2	1	0	N/S		
	19	Usa delle parole per esprimere le proprie emozioni (ad es., "Sono felice", "Sono triste", "Sono spaventato", "Sono arrabbiato"). Per assegnare 2 punti, è necessario che verbalizzi tutte queste quattro emozioni. Se ne verbalizza solo una, due o tre, punti 1.	2	1	0	N/S		

Figura 3.3: scala socializzazione, subscale relazioni interpersonali (da Vineland-II, Giunti O.S.,2016).

	22	Usa delle parole per esprimere gioia o preoccupazione per altri (ad es., "Grande! Hai vinto", "Come stai?"). Ad es., si congratula con un amico che ha ricevuto un riconoscimento/premio o chiede a un amico che è triste se va tutto bene.	2	1	0	N/S		
	23	Interviene se un'altra persona ha bisogno di una mano (ad es., le tiene aperta la porta, le raccoglie oggetti caduti).	2	1	0	N/S		
6-8 →	24	Riconosce ciò che piace e non piace agli altri (ad es., dice "A Marco piace il calcio", "Laura non mangia la pizza"). Esempi di ciò che piace/non piace sono alimenti, bevande, colori, giochi e attività. Per assegnare 2 punti, è necessario che mostri chiaramente di conoscere che cosa piace e non piace agli altri.	2	1	0	N/S		
	25	Manifesta lo stesso livello di emozioni esibito dalle altre persone che sono nelle vicinanze (ad es., non minimizza o drammatizza eccessivamente una situazione).	2	1	0	N/S		
	26	Mantiene una distanza adeguata fra sé e gli altri in situazioni sociali (ad es., non va troppo vicino a una persona mentre le parla). Deve riconoscere il bisogno degli altri di avere un proprio spazio. Per attribuire 2 punti, è necessario che vi sia consapevolezza dell'adeguatezza sociale.	2	1	0	N/S		
	27	Conversa con altri riguardo ad argomenti di comune interesse (ad es., eventi sportivi, trasmissioni televisive, progetti per le vacanze estive). Gli interlocutori possono avere qualsiasi età.	2	1	0	N/S		
9+ →	28	Inizia una semplice conversazione quando incontra conoscenti (ad es., "Come stai?", "Che succede?").	2	1	0	N/S		

Figura 3.4: scala socializzazione, subscale relazioni interpersonali (da Vineland-II, Giunti, O.S.,2016).

Come si può notare dalle figure, il mantenimento e il miglioramento di alcune abilità manifesta la buona riuscita del progetto e soprattutto la teoria secondo cui il movimento, l'attività ludica e l'attivazione neuromotoria consentano uno stimolo per la persona e conducano a un potenziamento e sviluppo qualitativo e

quantitativo delle funzioni motorie e cognitive, in aggiunta ad un incremento delle relazioni sociali e interpersonali.

Al termine della valutazione, anche la scheda delle attività strutturate in autonomia, utilizzata nella valutazione della situazione di partenza è stata aggiornata e sono state inserite della abilità e attività acquisite dopo il trattamento educativo (evidenziate in grassetto):

NOME: B.T.

DATA: 22 APRILE 2021

ATTIVITÀ STRUTTURATE IN AUTONOMIA

VISUOSPAZIALI	FINOMOTORIE	GROSSOMOTORIE
-Tombole (più di 20 pezzi)	-Attaccare mollette	-Tirare e prendere la palla, anche di piccole dimensioni
-Attacca-stacca	-Travasare liquidi e solidi	-Palleggi sul posto e in movimento
-Puzzle (max 20 pezzi)	-Prendere materiali di grande, medio-grande, piccole dimensioni con presa a pinza	-Passaggi a terra e al petto
-Incollare puzzle su modello (6 pezzi)	-Infilare oggetti vari (cannucce, palline,) in aste o contenitori	-Tiri a canestro
-Colorare disegni semplici e complessi (attività molto rinforzante)	-Inserire forme nella scatola	-Slalom e percorsi semplici/complessi
-Disegnare con stancil (attività rinforzante)	-Chiodini e chiodoni	-Rotolare (passaggio da pancia sopra a pancia sotto)
-Pregrafismi anche complessi	-Incollare figure semplici (quadrato, cerchio, triangolo)	-Saltare, saltare in avanti su un piede
-Incastri (più di 8 pezzi)	-Torri (di legno, con le costruzioni rigide)	-Correre
-Gioco a turno: memory (con 4 coppie di carte)	-Telai: bottoni grandi, medio-grandi , ganci, zip, nodo, fiocco (in	-Salire su attrezzatura (es: piccola trave della palestra)
-Schede categorie		
-Abbinamenti associati		
-Colorare ritmi		

-Unire puntini semplici (fino a 5) -Labirinti semplici e complessi	acquisizione: allacciarsi le scarpe in acquisizione) -Manipolare Dido -Avvitare e svitare bulloni	
--	--	--

Come dimostrato dai risultati delle schede valutative, il progetto messo in atto per B. ha dato un esito finale più che positivo, nonostante non tutti gli obiettivi siano stati raggiunti a pieno, come quello dell'allacciarsi le scarpe in autonomia. È stato comunque un lavoro proficuo dal punto di vista soprattutto relazione e cognitivo, attraverso il quale l'utente è riuscita a sviluppare abilità sociali e ad instaurare un dialogo con altri ospiti del centro e con l'educatore, visto non più solamente come figura che passa del tempo con loro al centro quanto come sostegno e mezzo per migliorarsi, soggetto altro su cui poter fare affidamento, senza perdere quella *giusta lontananza* che contraddistingue il rapporto educatore-utente.

3.4 L'agire dell'Educatore Professionale

Il ruolo principale dell'educatore professionale è proprio quello di guidare l'utente in un processo educativo che gli dia la possibilità di sviluppare o affinare potenzialità che gli appartengono e che lo caratterizzano: il termine educare deriva infatti dal latino *ex-duco* con il significato di condurre, trarre fuori.

Ogni individuo è unico ed irripetibile e questa sua individualità deve essere sempre tenuta in considerazione, ancor di più quando si parla di riabilitazione educativa, dove la presa in carico dell'utente avviene secondo un sistema di presa in carico globale, considerandolo non unicamente in relazione alle proprie difficoltà o deficit ma inserito in un contesto sociale, come individuo attivo che necessariamente è influenzato dall'ambiente in cui vive: egli infatti partecipa direttamente alla strutturazione del progetto educativo e alla formulazione dei relativi bisogni e finalità.

Fa parte dell'intenzionalità educativa mettere al centro dell'intervento la persona come essere bio-psico-sociale e non unicamente come portatore di disabilità, e questo processo di significazione dell'azione umana si realizza in una dimensione asimmetrica nella quale educatore ed utente sono posti su due piani differenti ma collaborano per il raggiungimento di un unico scopo.

L'agire dell'educatore professionale si svolge all'interno di un setting educativo, caratterizzato dalla presenza di una relazione intenzionale, priva di ogni pregiudizio, che da un lato pone l'educatore in una posizione di ascolto attivo verso l'utente e di reciproca empatia, e dall'altro permette all'utente di esprimersi liberamente e comunicare il proprio disagio.

Perciò la buona riuscita di un progetto non si basa solamente su una ricerca attenta dei bisogni e delle esigenze dell'utente, ma anche sulla modalità con la quale si cerca di raggiungere degli obiettivi, sulla tipologia di approccio operativo che l'operatore utilizza e sugli strumenti di cui si avvale.

L'educatore non si limita ad osservare, progettare e valutare, ma è portatore di un bagaglio professionale e personale che deve saper utilizzare e dosare in base al contesto in cui si trova, all'individuo che ha di fronte e alle sue esigenze; deve sapersi adattare alla situazione ed essere sempre pronto a rispondere e ad intervenire secondo quell'intenzionalità educativa che caratterizza il processo riabilitativo di cui è co-protagonista, e che lo inserisce in un contesto più ampio quale quello di relazione d'aiuto.

Con l'esperienza del tirocinio e l'attuazione di un progetto educativo, ho potuto mettere in pratica e sperimentare in prima persona tutti gli aspetti teorici e le competenze che appartengono alla figura dell'educatore professionale.

Una crescita formativa accompagnata da una maturazione personale che mi ha permesso di essere sempre più consapevole delle mie capacità e dei miei limiti, sia come persona sia come futura educatrice: un percorso educativo riabilitativo rivolto ad un utente, ma che di fatto influenza ed influisce anche sull'operato dell'educatore stesso.

La voglia di mettersi in gioco e di affrontare nuove sfide è stato il filo conduttore della realizzazione del progetto, a partire dalla proposta di fare esperienza di altri servizi (oltre quello in cui ero già inserita), di seguire in maniera attiva i

laboratori già avviati allo CSER, di condurne degli altri, come il laboratorio di basket, divenuto in seguito attività centrale del progetto creato per B.

Supportata dall'equipe multidisciplinare e affiancata durante il laboratorio dall'educatrice di riferimento dello CSER, ho condotto personalmente l'ora settimanale di attività motoria, inclusa la preparazione degli esercizi da svolgere e la gestione del gruppo: una responsabilità grande ed importante, gestita e monitorata dalle riunioni di equipe. Questi incontri programmati avevano lo scopo di valutare e verificare l'andamento degli utenti, ma era anche un'occasione di confronto professionale fra operatori.

E' stato un percorso lungo ed intenso, talvolta ostile ed ostacolato da parecchi imprevisti, come le restrizioni dovute all'emergenza sanitaria COVID-19 o la difficoltà iniziale nel relazionarmi con la ragazza, ma che tuttavia si è svolto con l'entusiasmo di tutti, utenti compresi, e in particolare B. che con le sue difficoltà si è comunque impegnata e ha capito di aver raggiunto dei traguardi importanti.

CONCLUSIONI

Le ricerche in ambito scientifico e i risultati del progetto educativo mostrano come capacità motorie e abilità cognitive siano strettamente correlati, evidenziando il ruolo centrale dell'attività neuromotoria nello sviluppo cognitivo e relazionale, soprattutto nell'ambito della disabilità.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di riflettere sugli effetti che il gioco e lo sport fossero in grado di causare, se utilizzati in contesti educativi e formativi, applicandoli a soggetti con disfunzioni motorie e disordini cognitivi.

Ciò è confermato dagli esiti della valutazione finale del progetto di tirocinio, i quali dimostrano come l'attività ludica e lo sport abbiano influito sul miglioramento delle capacità motorie, comunicative e relazionali, cognitive-apprenditive e permettendo al soggetto, preso in carico, di raggiungere un livello maggiore di autonomia e una qualità superiore di vita.

Quanto riportato in questo elaborato vuole dimostrare come l'agire dell'educatore professionale e la modalità di intervento educativa non si soffermi sui deficit e sui limiti, di cui il soggetto è portatore, ma punti sulle potenzialità dell'individuo, che viene considerato come essere bio-psico-operante, che agisce con e in relazione al contesto in cui inserito.

Perciò, l'incremento delle differenti dimensioni su cui si è intervenuti, e che di fatto sono risultate essere in relazione fra loro, dimostra come l'aspetto educativo e formativo del gioco e dello sport sia indispensabile in un percorso di crescita e di sviluppo funzionale, soprattutto in soggetti atipici che necessitano di un coinvolgimento anche emotivo nel processo riabilitativo.

Dunque, se lo sport è in grado di unire dimensioni diverse dell'essere umano e sviluppare abilità nuove, sarebbe utile realizzare dei progetti di intervento che sfruttino le potenzialità del gioco e del movimento per accrescere lo stato di benessere dell'individuo che vive situazioni di disagio.

Bisognerebbe sfruttare le potenzialità dello sport per creare una rete di inclusione che consenta al soggetto disabile di migliorare le proprie capacità non solo durante il processo riabilitativo, ma all'interno del contesto di vita nel quale è inserito.

BIBLIOGRAFIA

- A.J.AYRES, *Developmental Dyspraxia and Adult-Onset Apraxia: A Lecture Prepared for Sensory Integration International*, Torrance 1985.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA; 2000), DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington D.C. (Tr. It: DSM-IV-TR. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Text Revision, Milano 2004, Masson.
- Autorità garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, *Il diritto al gioco e allo sport dei bambini e dei ragazzi con disabilità*, Roma 2018, Istituto degli Innocenti.
- B.AUCOUTURIER, I.DARRAULT, J.L.EMPINET, *La pratica psicomotoria*, Armando editore.
- C.GAWRILOW, G.STADLER, N.LANGGUTH, A.NAUMANN, A.BOECK, *Physical Activity, Affect, and Cognition in Children With Symptoms of ADHD*, *Journal of Attention Disorders*, 2016.
- C.MULLER, R.PETZOLD, *Bewegte Schule*, 2006, Academia Verlag.
- C.NJIOKIKTJIEN, G.A.CHIARENZA, *Le disprassie dello sviluppo e i disturbi motori associati*, Amsterda, 2008, Suyi Publication.
- C.RIVA, V.FACCHINI, *Amorgioco. Il bambino, la disabilità, il gioco*, Firenze 2005, Fatatrac.
- C.VIO e G. LO PRESTI, *Diagnosi dei disturbi evolutivi*, Erickson 2014.
- C.W.COTMAN, N.C.BERCHTOLD, *Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity*, *Trends in Neurosciences*, 2002.
- *Carta di Ottawa*, OMS, 1986.
- *Convention on the Rights of the Child*, art.31, comma 1, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989.
- D.GARGANO, *Disprassie evolutive*, Erickson, 2013.
- D.W.WINNICOT, *Gioco e realtà*, 1971, trad. it. Armando, Roma, 2005.
- E.COSTANTINI, *Il gioco è un bene educativo*, Jesi, CSI.

- G. SABBADINII, *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Bologna 2015, Zanichelli.
- G.BALBONI, C.BELACCHI, S.BONICHINI, A.COSCARELLI, *Vineland-II, Adaptive Behavior Scales-Second Edition, Survey Interview Form*, Giunti O.S., 2016.
- G.FILIPPI, *La storia del concetto di "disprassia": implicazioni per l'agire riabilitativo*, Riabilitazione Neurocognitiva 2006.
- G.M.EDELMAN, *Topobiologia* 1988, tr. It. Bollari, Boringhieri, Torino 1993.
- J.PIAGET, *Les praxies chez l'enfant*, Rivista di neurologia, 1960.
- L. SABBADINI, *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*, Milano, 2013, Springer.
- L. VAIVRE-DOURET, *Development coordination disorders: state of art*, Clinical neurophysiology, 2014.
- L.CRAIGHERO, *Neuroni specchio*, Bologna 2014, Il Mulino.
- L.SABBADINI, *La disprassia in età evolutiva: criteri di valutazione ed intervento*, Milano 2005, Springer.
- L.SABBADINI, Y.TSAFRIR, E.IURATO, *Protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria APCM*, Springer 2005.
- M.BARBIERI, *A scuola con corpo: motricità relazionale finalizzata al successo educativo*, Roma 2015, Il Pensiero Scientifico.
- M.R.SCUDDER, K.LAMBOURNE, E.D.DROLLETTE, S.D.HERMANN, R.A.WASHBURN, J.E.DONNELLY, C.H.HILLMAN, *Aerobic Capacity and Cognitive Control in Elementary school-Age Children*, Medicine and Science in Sports and Exercise, 2014.
- M.SPEZZI, *Abilitazione motoria degli alunni con difficoltà di apprendimento*, Viterbo, 2015, Sette Città.
- P.CRISPIANI, *Didattica Cognitivista*, Roma 2017, Armando.
- P.CRISPIANI, *Dislessia come Disprassia sequenziale. La sindrome dislessica. Dalla diagnosi al trattamento. Le pratiche ecologico-dinamiche*, 2011, Edizioni Junior.

- P.CRISPIANI, E.PALMIERI, *Champion Pressing, pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, 2019, Istituto Itard.
- P.CRISPIANI, *Hermes 2014 glossario scientifico professionale*, Parma, 2013, Edizioni Junior.
- P.CRISPIANI, *Il Metodo Crispiani, clinica della dislessia e della disprassia*, 2016, Edizioni Junior.
- P.CRISPIANI, *Ippocrate pedagogico: manuale professionale di Pedagogia speciale e della Abilitazione e Riabilitazione*, Chiaravalle, 2019, ISTITUTO ITARD.
- P.CRISPIANI, *Pedagogia Clinica*, Azzano S.Paolo 2001, Edizioni Junior.
- P.PFANNER,M.MARCHESCHI, *Le cerebropatie croniche non evolutive*, in F.Guzzetta (a cura), *Neurologia infantile*, Padova 1987, Piccin.
- R.C.Russo, *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Ambrosiana seconda edizione 2000.
- R.R.LLINAS, *I of the Vortex: from Neurons to Self*, Cambridge, 2001, MIT Press.
- R.ZIMMER, *Bewegung als Motor des Lernens*, Wuppertal 2005.
- *Scuola in movimento, ogni giorno più movimento a scuola*, CSI (Centro Sportivo Italiano), 2017.
- SS. GUBBAY, *The clumsy child: a Study of Developmental Apraxic and Agnosic Ataxia*, Philadelphia 1975, W.B. Saunders C.
- U.GALIMBERTI, *Dizionario di psicologia*, Torino 1992, UTET.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: W.H.O. 1992.

SITOGRAFIA

- AIDEE (Associazione Italiana Disprassia età evolutiva), *Disprassia e sport*, <http://www.aidee.it/cosa-e-la-disprassia/>.
- D.LODI,G.SEGHI,M.BARBIERI,N.LOVECCHIO, *Difficoltà di apprendimento: il ruolo dell'attività motoria finalizzata*, Formazione e Insegnamento, European Journal of Research on Education and Teaching, <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/view/2949> .
- D.VOZA, *Disprassia evolutiva: criteri clinici e principi di trattamento riabilitativo*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/>
- G.VALLORTIGARA, L.J.ROGERS, A.BISAZZA, *Possible evolutionary origins of cognitive brain lateralization*, in *Brain Res Brain Res Rev*, 1999, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10525173/>.
- <https://www.isolafermo.it/>.
- L.CASNAGHI, *Rapporto fra attività sportive e miglioramento delle abilità cognitive*, 2017, State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2017/03/attivita-fisica-abilita-cognitive/> .
- M.M.PORTWOOD, *Developmental dyspraxia: A practical manual for parents and professionals*, Durham 1996, L.E.A., <https://www.stateofmind.it/2017/01/disprassia-evolutiva-riabilitazione/>.
- M.MIRABILE, *Lo sport per i disabili*, 2009, <http://www.bibciechi.it/sites/default/files/imported/tiflogia/tiflogia/200904/Mirabile.txt>

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare la professoressa Raffaella Maggi per avermi sostenuta nella scelta di questo tema, a me caro, e per avermi accompagnata durante la stesura del lavoro con disponibilità e professionalità.

Questi anni di studio sono stati per me un percorso di crescita professionale e personale e per i quali vorrei ringraziare i miei genitori, Carlo e M.Cristina, che mi hanno educata all'amore illimitato e che sono sempre andati oltre le mie insicurezze, spronandomi e appoggiandomi in ogni mia scelta, e i miei fratelli, M Gloria, Teresa e Tommaso, che sono il mio sostegno, la mia sostanza.

Ringrazio Lucia, Sara, Angelica e Chiara, con le quali ho condiviso il mondo dell'università, e non solo. Siete per me la leggerezza di cui avevo bisogno.

Ringrazio il CSI, l'Oratorio di Cristo Re e tutti gli operatori che ho incontrato in questi anni di appartenenza all'associazione: i valori del gioco e dello sport che *è di tutti e per tutti* e lo spirito di accoglienza dell'altro, di cui si fanno portavoci, mi hanno spinto nella scelta del tema trattato.

Ringrazio Anna ed Elena, le amiche del liceo. Quelle che la lontananza è l'unica cosa che non conta. La vostra spensieratezza mi riempie il sorriso, sempre.

Ringrazio Giulia ed Aurora, che sono presenti in ogni momento, incondizionatamente, accogliendo ogni parte di me. Voi siete i miei cuori.